FAMILY RESEARCH COUNCIL
SINCE 1983
ProLife OB|GYNS
AAPLOG American Association of Pro-life Obstetricians & Gynecologists
10 MITOS SOBRE EL ABORTO
Dr. Ingrid Skop
Traducido por SERPROVIDA
FAMILY RESEARCH COUNCIL
Washington, D.C.

NOTA DE LA AUTORA:

Espero que los puntos que he planteado en este documento hagan que quienes se consideran "pro-aborto" cuestionen algunas de las suposiciones que han hecho sobre el aborto. El aborto es un tema difícil de hablar o incluso de pensar. Ha invadido profundamente la fibra de nuestra sociedad, precisamente porque la mayoría de nosotros no queremos abordarlo hasta que nos enfrente directamente.

Si bien la mayoría de los estadounidenses lo han ignorado y aunque nuestros departamentos de salud y sociedades médicas lo han hecho de la vista gorda, el aborto ha afectado negativamente a demasiadas mujeres, lesionado física y emocionalmente a muchas, ha destruido familias y ha dañado la psique de nuestro país. La retórica a favor del aborto suena tan benigna ("derechos de la mujer"; "libertad reproductiva"; "atención médica de la mujer") que muchas veces no pensamos en lo que representan estos términos.

No tienes que creer como yo, que el aborto es perjudicial para las mujeres, las familias y la sociedad. Pero por favor ten el coraje de mirarlo por tu cuenta. Siga las pistas que he proporcionado en las citas para estudiar este tema más profundamente.

Empiece a tener conversaciones difíciles con amigos y familiares para que pueda ayudar a otros a afrontar también este problema. Es hora de que nuestro país vea el aborto como lo que realmente es: por el bien de las mujeres y los niños que aún no han nacido.

Dr. Ingrid Skop, Médico Cirujano
Abril 2018

---

*Ingrid Skop, M.D., F.A.C.O.G. ha sido un obstetra-ginecólogo en ejercicio en San Antonio, Texas durante 22 años. Recibió su licenciatura en fisiología de la Universidad Estatal de Oklahoma y su doctorado médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Completó su residencia en obstetricia y ginecología en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio. El Dr. Skop es miembro del Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología y miembro de la junta de la Asociación Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Pro-Vida (AAPLOG). Es la presidenta de la junta del Centro de recursos para el embarazo Any Woman Can en San Antonio y es becaria asociada del Instituto Charlotte Lozier. La Dra. Skop está casada con un médico y es la orgullosa madre de dos hijos y una hija.*

# Contenido

1. El aborto no destruye a una vida humana.
2. El aborto es un derecho constitucional.
3. El aborto es un tema religioso.
4. La mayoría de los abortos son realizados en situaciones difíciles.
5. El feto no siente dolor en el aborto.
6. El aborto es más seguro que el parto.
7. El aborto es parte de la salud de las mujeres.
8. La mayoría de las personas apoyan el aborto.
9. El Gobierno no tiene el derecho de meterse en la legislación sobre el aborto.
10. El aborto mejora la vida de las mujeres.

# MITO 1

## "EL ABORTO NO DESTRUYE UNA VIDA HUMANA"

## Mito 1: El aborto no destruye a un ser humano.

En el debate sobre el aborto en curso, los defensores de la vida citan con frecuencia el "*derecho a la vida*", mientras que los defensores del aborto invocan el "derecho a la búsqueda de la felicidad".

La Declaración de Independencia declara: “Sostenemos que estas verdades son evidentes por sí mismas, que todos los hombres son creados iguales, que están dotados por su Creador de ciertos Derechos inalienables, que entre estos se encuentran la Vida, la Libertad y la búsqueda de la Felicidad”.

La primera pregunta que debe abordarse, al parecer, es **"¿Es el feto una vida humana?"** Desde una perspectiva científica, esta no es una cuestión controvertida. El término "feto" (de una palabra latina que significa "descendencia") es un término médico que se refiere a un ser humano en la etapa prenatal de desarrollo en el útero. La vida se define comúnmente como organismos que “mantienen la homeostasis, están compuestos de células, tienen un ciclo de vida, experimentan metabolismo, pueden crecer, adaptarse a su entorno, responder a estímulos, reproducirse y evolucionar. ” Estas son propiedades incontrovertibles del feto.

Esta definición, sin embargo, no cubre los órganos que, aunque forman parte de un organismo vivo, no pueden reproducirse; o óvulo y esperma, que son células vivas individuales que no tienen la capacidad de cumplir estas funciones a menos que se combinen para formar un embrión.

**CUALQUIER LIBRO DE TEXTO DE FISIOLOGÍA BÁSICA CONFIRMARÁ QUE CON LA FERTILIZACIÓN, UN COMPLETO COMPLETO DE 46 CROMOSOMAS HUMANOS LLEGA A EXISTENCIA ÚNICAMENTE DIFERENTE DEL DE CUALQUIER PADRE.**

La siguiente pregunta es: "¿Cuándo cobra vida el feto?"  Nuevamente, científicamente, no hay mucha controversia aquí.

Cualquier libro de texto de fisiología básica confirmará que con la **fertilización** se obtiene un complemento cromosómico completo de 46 cromosomas humanos (únicamente diferente del de cualquiera de los padres), y el embrión unicelular comienza a dividirse rápidamente. Incluso antes implantación, las secreciones locales proporcionan nutrición para el cigoto.

Los libros de texto de obstetricia básica nos dicen que "se establece un sistema de comunicación biomolecular entre el cigoto / blastocisto / embrión / feto y la madre que está operativo desde antes del momento de la nidación (implantación) y persiste hasta el momento del parto (nacimiento)".

Entonces, a primera vista, parece sencillo. Desde la fecundación/ implantación, el feto es un ser humano vivo; la Declaración de Independencia establece que todos los seres humanos de nuestro país tienen derecho a la vida; y la moral común está de acuerdo en que está mal matar a un ser humano vivo inocente; por lo que parece que se debe permitir que el feto viva.

Para resumir, describamos brevemente las etapas del desarrollo fetal:
La **fecundación** ocurre dentro de las 24-48h posteriores al acto sexual, cuando el óvulo y el espermatozoide se unen para formar un cigoto, un embrión unicelular. Este organismo tiene una estructura genética única formada por la combinación del material cromosómico de la madre y el padre. Tiene el modelo genético que determinará las características de la persona en la que se transfigurará. Esta información altamente compleja guiará el desarrollo de este humano único desde ahora hasta la muerte.

Lo único necesario para su crecimiento y desarrollo es oxígeno, comida, agua y una interacción saludable con su entorno natural.

La **implantación** ocurre después de que el embrión viaja a través de las trompas de Falopio y se implanta en la pared uterina aproximadamente 5-7 días después de la fertilización. Bioquímicamente, las hormonas del embarazo se pueden detectar en la sangre en este punto.

El embrión crece y se diferencia rápidamente. El precursor del sistema nervioso aparece entre los días 12 y 17. A los 21 días después de la concepción, el corazón comienza a latir y bombear sangre; a los 30 días comienzan a formarse brazos, piernas y cerebro; y a los 35 días, la boca, la nariz y los oídos comienzan a desarrollarse. En 40 días, comienzan las ondas cerebrales medibles y, a los 42 días (6 semanas), el esqueleto y los órganos internos están presentes y el cerebro controla el movimiento de las extremidades.

A las 8 semanas, las manos se han formado y las huellas dactilares se están formando; en la 9na, se le están formando las uñas y se le puede ver en la ecografía chupándose el pulgar; en la 10ma, bizquea, traga y frunce el ceño; para la 12va, sonríe y tiene movimientos intrincados de manos y pies. En este punto, todos sus órganos están presentes.

La **viabilidad** ocurre cuando el bebé tiene la capacidad de sobrevivir por separado de su madre. Actualmente, esto ocurre alrededor de las 22 semanas según el "último período menstrual", solo 20 semanas después de la fecundación (la ovulación y, por lo tanto, la fecundación generalmente ocurre aproximadamente dos semanas después del período).

En el momento de Roe v. Wade en 1973, la viabilidad se produjo alrededor de 28 semanas. La viabilidad es una medida subjetiva que depende de la disponibilidad de tecnología que pueda ayudar al bebé a respirar y comer, y es un estándar que continúa desarrollándose para adaptarse a bebés cada vez más pequeños. La nueva tecnología, incluido el desarrollo de un útero artificial, hace que el punto de viabilidad sea aún más incierto.

**Esta discusión debe dejar en claro que un feto es un ser humano vivo**.
"Interrumpir el embarazo" de un feto vivo es matar a un ser humano.
Es frustrante escuchar a un feto ser descrito como una "masa de tejido" o "tumor" o "parásito" por activistas pro-aborto. Hay muchos de estos activistas que sienten que este asesinato está justificado por las demandas que el feto hace a su madre, pero este argumento ignora el hecho de que un bebé recién nacido exige también a la madre a través de la lactancia, el cambio de pañales, etc.

Algunos pro-aborto los activistas aplican los principios de la "guerra justa". Pero nadie puede negar que el feto está vivo. Para tener una discusión honesta sobre este tema, debemos aceptar lo que estamos hablando.

Así, hemos visto que "feto" e "infante" son nombres para etapas secuenciales en el desarrollo de un solo ser humano. Sin embargo, la ley sirve para proteger la vida de uno, mientras que descuida proteger la vida del otro.

Filosóficamente, deberíamos estar dispuestos a preguntarnos, ¿cuál es la diferencia entre un feto y un bebé? ¿Qué hace que la vida de uno valga la pena proteger y la del otro no? ¿Es una cuestión de tamaño? Seguramente no. No valoramos a las personas altas sobre las personas bajas.

¿Es una cuestión de nivel de desarrollo? Como se mencionó anteriormente, muchos niños pequeños no exhiben funciones mentales complejas. Por lo general, no defendemos el asesinato de niños o adultos con discapacidades mentales porque no están a la altura de un cierto estándar mental o de desarrollo. ¿Por qué deberíamos aplicar este estándar al feto, que ciertamente está menos desarrollado, pero con el tiempo alcanzará este estándar? ¿Es una cuestión de medio ambiente?

¿Cómo un paso de un lugar a otro confiere un mayor valor a un ser humano? ¿Cómo podemos asignar un valor diferente a un bebé en los brazos de su madre frente a un bebé en su útero? ¿Es una cuestión de la duración de la vida hasta ahora? ¿Por qué un feto intrauterino no deseado de 24 semanas no tiene derecho a la vida, mientras que un recién nacido prematuro de 24 semanas sin duda lo tiene?

Un bebé de 600 gramos es desmembrado y arrancado del útero de la madre, mientras que otro bebé de 600 gramos es atendido valientemente con la última tecnología. ¿Cuál es la diferencia entre estos dos bebés? Solo hay una diferencia (además de la ubicación): una es deseada y la otra no. Es un pensamiento escalofriante darse cuenta de que nuestra sociedad ha reducido el criterio de quién tiene derecho a la vida a una sola cosa: si se quiere a una persona.

¿Es una cuestión de dependencia? La dependencia no termina con el nacimiento. Un recién nacido es dependiente. Un paciente diabético o con insuficiencia renal es dependiente. Un paciente en coma es dependiente.

¡Ciertamente no queremos bajar la pendiente resbaladiza de decir que este tipo de personas dependientes no tienen derecho a seguir viviendo!

Nuestra sociedad se enorgullece de cómo cuidamos a los más vulnerables entre nosotros. Eso está en el corazón del movimiento por la justicia social. ¿Por qué hemos quitado nuestra protección al grupo de humanos más vulnerable?

## Referencias bibliográficas mito 1


1. "Declaration of Independence: A Transcription," National Archives, accessed November 14, 2018, https://www.archives.gov/founding-docs/declaration-transcript
2. "Life," Wikipedia, accessed November 14, 2018, https://en.wikipedia.org/wiki/Life.
3. Arthur C. Guyton, The Textbook of Medical Physiology (Philadelphia: WB Saunders Co., 1986), 984.
4. F. Gary Cunningham, Williams Obstetrics (Norwalk: Appleton & Lange, 1993), 16.
5. Keith L. Moore, The Developing Human: Clinically Oriented Embryology (Philadelphia:
6. WB Saunders Co., 1998), 350.
7. Matthew A. Rysavy, et al., "Between-Hospital Variation in Treatment and Outcomes in Extremely Preterm Infants," The New England Journal of Medicine 372 (2015): 1801-1811, accessed March 1, 2018, http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1410689
8. Meera Senthilingam, "'Plastic bag' womb could help keep premature babies alive," CNN, April, 26, 2017, accessed November 26, 2018, https://www.cnn.com/2017/04/26/health/ artificial-womb-premature-babies lambs/index.html
9. See Augustine's The City of God.
10. Francis J. Beckwith, Defending Life: A Moral and Legal Case Against Abortion Choice (Cambridge University Press, 2007).

# MITO 2

## "EL ABORTO ES UN DERECHO CONSTITUCIONAL"

## Mito 2: "El aborto es un derecho constitucional"

La Corte Suprema de 1973 estaba ideológicamente dispuesta a encontrar una manera de legalizar el aborto cuando accedió a escuchar los casos de Roe v. Wade, y su caso acompañante, Doe v. Bolton. Sabían dónde querían terminar (aborto legal), pero tenían que encontrar la manera de justificar esta acción. Necesitaban argumentar de manera convincente que la Constitución permitía la destrucción de vidas humanas que ocurriría con el aborto legal.

Como se mencionó anteriormente, la Declaración de Independencia establece: "*Sostenemos estas verdades para ser evidente, que todos los hombres son creados iguales, que están dotados por su Creador con ciertos Derechos inalienables, que entre estos se encuentran la Vida, la Libertad y la búsqueda de la Felicidad.* "

Note que nuestros Antepasados escribieron "creado", no "nacido." Además, la Decimocuarta Enmienda establece que "... ningún Estado podrá privar a una persona de la vida, la libertad o la propiedad sin el debido proceso legal; ni negar a ninguna persona dentro de su jurisdicción la igual protección de las leyes". Con base en estas dos declaraciones, es difícil ver cómo terminar con la vida de un ser humano por nacer puede considerarse constitucional.

Por lo tanto, los jueces estaban obligados a hacer dos cosas. Tenían que argumentar por qué la vida por nacer no merecía ser tratada como una vida cubierta por estas declaraciones, y habían para encontrar otras declaraciones constitucionales que le dieran a una mujer el poder de poner fin a esta vida.

Decisiones anteriores de la Corte Suprema habían establecido el derecho al uso de anticonceptivos de las parejas casadas en Griswold contra Connecticut, y más tarde de las personas solteras en Eisenstadt contra Bard, basados en el "derecho de privacidad", frase que antes documentada en la Constitución se relacionaba con el derecho a la propiedad privada.

Luego se extrapoló que el aborto, al ser un método anticonceptivo (aunque no es un método anticonceptivo porque ocurre después de ha ocurrido la concepción), debe estar cubierta por

el derecho de la mujer a la privacidad, o la propiedad del feto (aunque, por supuesto, el procedimiento quirúrgico no ocurre en la privacidad de su propio hogar).

La Corte profesó **ignorancia acerca de cuándo comienza la vida** y, en cambio, presentó un argumento basado en la "personalidad". El juez Blackmun declaró: "*No necesitamos resolver la difícil cuestión de cuando comienza la vida. Cuando los formados en las respectivas disciplinas de la medicina, la filosofía y la teología no pueden llegar a un consenso, el poder judicial, en este punto del desarrollo del conocimiento del hombre, no está en condiciones de especular*".

Esto fue una ignorancia fingida. Como nosotros hemos comentado, un ser humano no nacido está claramente vivo cuando se reconoce el embarazo (5-7 días después de la fertilización), y algunos científicos aún debaten si la vida comienza en la fertilización o la implantación.

Al afirmar que esta pequeña ventana de tiempo entre la fecundación y la implantación constituía un no consenso y, por lo tanto, permitía el procedimiento de aborto sin restricciones hasta el nacimiento, la Corte en realidad tomó partido en la cuestión de cuándo comienza la vida y le dio la definición más extrema posible. Inexplicablemente, la **Corte tergiversó la declaración sobre la libertad aplicándola a la mujer, mientras se la niega al ser humano por nacer**. Afirmaron que "libertad" significa un "derecho a la privacidad", que es lo suficientemente amplio como para abarcar la decisión de poner fin a la vida de un feto.

**El argumento a favor del aborto basado en la "personalidad" en lugar de la "vida" es débil**. La idea, aparentemente, era que un ser humano fetal que supuestamente aún no había alcanzado la condición de persona era de menor valor que uno que había logrado la condición de persona, y su vida podría terminar si las necesidades de una persona real lo requirieran. Obviamente, este argumento es extremadamente dudoso porque pocos pueden estar de acuerdo en lo que implica la "personalidad". Una definición común de persona es "un ser que tiene ciertas capacidades o atributos como la razón, la moralidad, la conciencia o la autoconciencia ...".

En una nota histórica, muchos de los argumentos hechos en contra de la personalidad se han utilizado antes con respecto a ciertos grupos étnicos, como los negros y los nativos americanos. En la decisión de 1857 Dred Scott v.Sandford, la Corte Suprema dictaminó que los esclavos no son personas legales. Abraham Lincoln comentó una vez que cualquier argumento utilizado para descalificar a los negros como seres humanos funciona igualmente bueno para descalificar a los blancos. *"¿El color da derecho a esclavizar? Siempre habrá alguien con un color de piel*

*más claro. ¿Intelecto? Siempre habrá un intelecto superior. ¿Interesar? Es posible que lo mejor para otra persona sea esclavizarte*".

Lo mismo ocurre con la personalidad del feto. Para casi cualquier criterio, habrá algunas personas por nacer que cumplan con esos criterios, y algunas personas nacidas que no (a excepción de la ubicación, por definición). También es interesante notar que hay algunos grupos a los que les gustaría extender la personalidad a especies distintas al homo sapiens.

El Proyecto de Derechos No Humanos ha presentado muchas demandas donde declaran la personalidad jurídica de chimpancés, elefantes, delfines y ballenas. Muchas personas han criticado la matanza de delfines en Japón comparándolos con personas. Del mismo modo, el fundador de People for the Ethical Treatment of Animals ha declarado: "Una rata es un cerdo, es un el perro, es un niño", lo que indica que todos estos animales son seres equivalentes. **Parece que el término "personalidad" ha perdido todo significado si se puede aplicar a animales inteligentes, pero no a fetos humanos**.

Incluso hay quienes sienten que la personalidad no comienza hasta que el bebé respira por primera vez al nacer, y que esta es la definición de persona utilizada por la Corte Suprema en 1973. Aunque Roe v. Wade permitió a los estados prohibir el aborto en la viabilidad, si se desea, la propia sentencia de la Corte Suprema no prohibió el aborto en ningún momento durante el cual el feto reside dentro del útero.

Incluso hay algunos que no atribuyen la personalidad hasta que se alcanza la autoconciencia. Este es un punto de vista obviamente lleno de dificultades. Es posible que esto no ocurra hasta el final de la vida de un niño, quizás nunca en uno que esté gravemente discapacitado, y no es un estado persistente ni siquiera en un adulto normal.

Por lo general, no tenemos conciencia de nosotros mismos cuando dormimos y podríamos perderla si sufrimos una lesión cerebral o desarrollamos demencia. Algunos han llevado este argumento más allá y han justificado matar a un bebé después del nacimiento si se descubre una discapacidad que no se conocía antes del nacimiento, mediante el cual los médicos podrían terminar activamente con la vida de los bebés con pronósticos sin esperanza.

**El infanticidio es solo el siguiente paso en el proceso si la personalidad se basa en la autoconciencia.** El problema obvio de asignar la personalidad a un umbral en el embarazo es

que se trata de una distinción arbitraria. ¿Qué hace que un día sea significativamente diferente del anterior?

Es seguro decir que la mayoría de la gente siente intuitivamente que un feto es una persona antes del nacimiento, pero ¿cómo decidimos cuando esto ocurre en el continuo del desarrollo fetal?

Dado que Roe v. Wade declaró que la personalidad no se extiende a la vida prenatal, esto permite que los abortos se realicen legalmente hasta inmediatamente antes del nacimiento (si no lo prohíbe el estado) si se puede encontrar un abortista que esté dispuesto a realizar el procedimiento.

En 2016, había 40 centros en los EE. UU. que realizaran un aborto electivo después de 24 semanas de gestación. Cinco de estos (Southwestern Women's Options en Albuquerque, NM; Pro-Choice Medical Center en Beverly Hills, Calif .; Boulder Abortion Clinic en Boulder, Colorado; Germantown Reproductive Health Services en Germantown, Md .; y Women's Med Center en Kettering, Ohio) realizará abortos electivos durante los nueve meses de embarazo.

## Referencias bibliográficas mito 2


1. Roe v. Wade 410 U.S. 179 (1973); Doe v. Bolton 410 U.S. 179 (1973).
2. Jack Balkin, ed., What Roe v. Wade Should Have Said: The Nation's Top Legal Experts Rewrite America's Most Controversial Decision (NYU Press, 2007).
3. Clarke D. Forsythe, Abuse of Discretion: The Inside Story of Roe v. Wade (New York: Wilsted & Taylor, 2013).
4. Drew Humphries, "The Movement to Legalize Abortion: A Historical Account," in Da- vid F. Greenberg, ed., Corrections and Punishments (Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1977).
5. Griswold v. Connecticut 381 U.S. 479 (1965); Eisenstadt v. Baird 405 U.S. 438 (1972).
6. Marian Faux, Roe v. Wade: The Untold Story of the Landmark Supreme Court Decision That Made Abortion Legal (Cooper Square Press, 1988).
7. "Person," Wikipedia, accessed November 27, 2018, https://en.wikipedia.org/wiki/Person
8. Ethan Greenberg, Dred Scott and the Dangers of a Political Court (Lexington Books, 2009).
9. "Litigation," Nonhuman Rights Project, accessed November 27, 2018, https://www.non-humanrights.org/litigation/
10. "Stop the Taiji Slaughter," International Marine Mammal Project, accessed November 27, 2018, http://savedolphins.eii.org/campaigns/sjd/
11. Ingrid Newkirk, "A Rat Is a Pig Is a Dog Is a Boy," People for the Ethical Treatment of Animals, August 28, 2012, accessed November 27, 2018, https://www.peta.org/blog/rat-pig-dog-boy/.
12. "ROE v. WADE," FindLaw, accessed November 27, 2018, http://caselaw.findlaw.com/us-supreme-court/410/113.html.
13. Alberto Giubilini and Francesca Minerva, "After-birth abortion: why should the baby live?" Journal of Medical Ethics (2012), accessed November 27, 2018, http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411
14. Helga Kuhse and Peter Singer, et al., Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants (Oxford University Press, 1985), 143.
15. Eduard Verhagen and Pieter J.J. Sauer, "The Groningen Protocol—Euthanasia in Severely Ill Newborns" The New England Journal of Medicine 352 (2005): 959-962, accessed No- vember 27, 2018, http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026
16. "Number of Late-term Abortion Facilities in the USA May Surprise You," Operation Rescue, March 11, 2016, accessed March 3, 2018, https://www.operationrescue.org/ar- chives/number-of-late-term-abortion-facilities-in-the-usa-may-surprise-you/.

# MITO 3

## "EL ABORTO ES UN TEMA RELIGIOSO"

## Mito 3: “El aborto es un tema religioso”

A menudo se plantea el argumento de que el aborto es una cuestión religiosa y, por lo tanto, legislarlo está prohibido por la Cláusula de Establecimiento de la Primera Enmienda, que establece que “el Congreso no promulgará ninguna ley que respete el establecimiento de una religión o prohíba el libre ejercicio de la misma, o resumiendo la libertad de expresión”.

Ellos abogan por la “separación de la iglesia y el estado”, lo que implica que si no fuera por motivos religiosos, la gente no se opondría al aborto.

La pregunta entonces es si el aborto puede considerarse una cuestión de moralidad común a todos los hombres, y no solo a las creencias judeocristianas. ¿Es un feto una vida humana?

Hemos discutido la clara evidencia de que el **feto es, de hecho, una vida humana**.
¿Es moral destruir una vida humana por circunstancias atenuantes? Si es así, ¿qué tan convincentes deberían ser esas circunstancias? Es útil saber que hay muchas organizaciones seculares pro-vida: "Secular Pro-Life", "Pro-Life Humanists", "Godless Pro-Lifers", "Feminists for Life" y "New Wave Feminists". entre otros.

Por el contrario, hay algunas organizaciones religiosas que son firmes defensores de la opción del aborto. La Coalición Religiosa para la Elección Reproductiva, que cuenta entre sus miembros con judíos, universalistas, metodistas, presbiterianos, episcopales, católicos, musulmanes, hindúes y budistas, aboga por la elección reproductiva como un tema de “igualdad y justicia”.

Aunque la Biblia y la Torá / Talmud no mencionan la palabra "aborto" específicamente, muchos cristianos y judíos se oponen moralmente al aborto basándose en la noción bíblica ampliamente expresada de que el hombre es "hecho a imagen de Dios" (Génesis 1, 27), y este punto de vista está respaldado por varios versículos que expresan la ternura de Dios hacia el ser humano por nacer.

“Antes que te formara en el vientre te conocí, antes que nacieras te aparté; Te puse por profeta a las naciones ”(Jeremías 1, 5). “Porque tú creaste mis entrañas; me entretejiste en mi vientre de la madre. Te alabo porque soy formidable y maravillosa; tus obras son maravillosas, eso lo sé muy bien.

Mi marco no estaba oculto para ti cuando fui creado en el lugar secreto, cuando fui tejido en las profundidades de la tierra. Tus ojos vieron mi cuerpo sin forma; todos los días ordenados para mí fueron escritos en tu libro antes que uno de ellos llegara a ser ”(Salmo 139, 13-16).

Podemos ver que hay personas religiosas y seculares que caen en ambos lados del argumento del aborto, por lo que es justo decir que no es un tema estrictamente religioso y, por lo tanto, no existe una prohibición constitucional a la legislación sobre el aborto como se describe en el Establecimiento.

## Referencias bibliográficas mito 3


1. “The Bill of Rights: A Transcription,” National Archives, accessed March 3, 2018, https://www.archives.gov/founding-docs/bill-of-rights-transcript.
2. Secularprolife.org; Prolifehumanists.org; Godlessprolifers.org; Feministsforlife.org; New-wavefeminists.com
3. “The Moral Case,” Religious Coalition for Reproductive Choice, accessed April 24, 2018, http://rcrc.org/the-moral-case/.

# MITO 4

**"LA MAYORÍA DE LOS ABORTOS SON REALIZADOS EN SITUACIONES DIFÍCILES"**

## Mito 4: “La mayoría de los abortos son realizados en situaciones difíciles”

De los muchos abortos que se realizan cada año, solo el 1-3 por ciento son por los "casos difíciles" de violación, incesto, anomalías fetales y peligro para la vida de la madre. Eso significa que el 97 por ciento se debe a tensión financiera o emocional, u otras razones no definidas.

Veamos con más detalle cómo se desglosa esto.
Tres cuartas partes (75%) de las mujeres que se someten a un aborto dicen que no pueden pagar un hijo o que tener un bebé interferiría con la escuela, el trabajo o la capacidad de cuidar a sus dependientes; 86% son solteros, 59% tienen al menos un hijo; 24 por ciento está actualmente en la escuela; 13% de las mujeres que abortan se identifican como cristianas evangélicas, el 24% como católicas y el 17% como protestantes.

Nuestro país vio cómo el número de abortos se multiplicó por diez cuando se legalizó, por lo que está claro que la mayoría de las mujeres no realizarían un aborto si no fuera legalmente permitido y fácilmente disponible.

Se estima que entre el 25 y el 30% de las mujeres estadounidenses han tenido un aborto. Aproximadamente **la mitad de las mujeres que se someten a abortos no usaban ningún método anticonceptivo**. Esto también significa la mitad de ellos estaban usando un método anticonceptivo que no pudo prevenir el embarazo.

En el primer año de uso de anticonceptivos, el 16% de las adolescentes quedan embarazadas. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, los anticonceptivos a menudo fallan: el 43% de los abortos son de mujeres que ya habían abortado. A pesar de las garantías de lo contrario, hay muchas mujeres que usan el aborto como método anticonceptivo. Algunas mujeres son presionadas por sus familias, parejas masculinas y amigos para que se sometan a un aborto, incluso si no están seguras de que esto es lo que quieren hacer.

Deténgase un minuto para pensar realmente en lo que representan estos números. La falta de recursos y apoyo familiar parece alentar a muchas mujeres a optar por el aborto. La mayoría de estas mujeres ya son madres y presumiblemente aman a sus hijos. Sin embargo, se encuentran en circunstancias en las que no están dispuestas a dar a luz a otro hijo.

A los adolescentes a menudo se les anima a abrazar su sexualidad y se les dice que mientras practiquen la anticoncepción responsable y el "sexo seguro", no hay riesgo, pero **la mitad de las mujeres que conciben embarazos no deseados usaban anticonceptivos.**

Aunque los adultos cristianos a menudo se oponen al aborto, muchas de sus hijas están teniendo abortos. Que tragedia. ¡El aborto afecta a casi todo el mundo!

A menudo se asume que los abortos tardíos por lo general se obtienen por razones de peso, como "la vida de la madre" y "anomalías fetales graves", pero esa es una suposición incorrecta. La mayoría se obtienen por las mismas razones electivas por las que se obtienen abortos anteriores. Los abortos post-viables representan solo un pequeño porcentaje (1.3 por ciento) del total de abortos en Estados Unidos. Eso todavía significa que hay entre 15.000 y 18.000 bebés potencialmente viables abortados anualmente después de la vigésima (20) semana de embarazo. La mayoría de los abortados son bebés sanos que llevan mujeres saludables.

Actualmente, muchos bebés sobreviven cuando nacen prematuramente a las 22 semanas de gestación. Esto es solo un poco más de la mitad de la duración normal del embarazo. Sin embargo, continuamos permitiendo su asesinato electivo. Recientemente, el Senado de los EE.UU. no aprobó la Ley de protección del niño no nacido capaz de sufrir dolor.

Aunque es posible no saber sobre un embarazo, mi experiencia como obstetra ha revelado que la mayoría de las mujeres saben o sospechan que están embarazadas, pero pueden ser reacias a admitirlo ante sus padres o parejas que no las apoyan.

Las mujeres a menudo son forzadas o coaccionadas a un aborto tardío cuando el embarazo se vuelve obvio, aunque esta puede no haber sido su “elección”. Un estudio encontró que hasta el 58% de las mujeres sentían que se habían realizado el aborto para “hacer felices a los demás”, con más del 28% diciendo que se habían hecho el aborto porque “temían que su pareja los dejaría” si no lo hacían.

Un gran estudio confirmó la naturaleza electiva de la mayoría de los abortos tardíos: el 10,3 por ciento de los abortos en los EE. UU. se realizan después del primer trimestre con el siguiente desglose: el 6.2%  entre las 13 y 15 semanas, el 4% a las 16 semanas o después (incluye el 1,3 por ciento después de la viabilidad).

Las razones dadas para el aborto fueron: "no saber sobre el embarazo", "problemas para decidir sobre el aborto" y "no estar de acuerdo con el hombre involucrado sobre el aborto". Otro estudio encontró que el 50% de las mujeres que tenían abortos en el segundo trimestre retrasaron el procedimiento por indecisión, y 33% por la dificultad de la decisión. Con toda esta indecisión, es probable que se produzca otro cambio de opinión en la mujer luego de haber pasado por el aborto, y la elección podría ser lamentada.

Estos estudios no informaron el número de "casos difíciles", porque aparentemente eran muy pocos. El estado de Florida mantiene estadísticas sobre las razones de todos los abortos en el estado, y encontraron que el incesto representó solo el 0.001 por ciento de todos los abortos, la violación el 0.085 por ciento, la salud de la madre el 0.5 por ciento, la vida de la madre el 0.065 por ciento y las anomalías fetales graves 0.66 por ciento.

Curiosamente, aunque a menudo se nos dice que los abortos tardíos ocurren porque una mujer tiene problemas para encontrar fondos, un estudio mostró que estos abortos se financiaban con mayor frecuencia con el seguro médico (y que cuestan aproximadamente cuatro veces la cantidad que cuesta un aborto en el primer trimestre).

Un estudio similar en Inglaterra y Gales encontró que el 11% de los abortos ocurrieron después del primer trimestre (una cantidad similar a la de EE. UU. a pesar de los fondos disponibles a través de la medicina socializada). Las razones también fueron similares: 41% de indecisión, 30% de procrastinación, 23% de cambio de relación.

Uno de los mitos más frecuentes sobre el aborto tardío es que puede ser necesario para salvar la vida de una mujer. No me malinterpretes. Claramente, es el estándar de atención para cualquier médico intervenir en un embarazo que presenta un riesgo para la vida de la madre, siempre que no se tomen medidas directas para terminar con la vida del feto. Sin embargo, estas situaciones que amenazan la vida ocurren con menos frecuencia de lo que uno puede suponer.

Algunos ejemplos son el embarazo ectópico, la infección debida a una rotura extremadamente prematura de membranas, la hipertensión grave y determinadas afecciones cardíacas. La ley nunca ha limitado la intervención en estas circunstancias, incluso en países en los que todo aborto electivo es ilegal.

En realidad, solo hay unas pocas enfermedades cardíacas maternas preexistentes raras que tienen una alta tasa de mortalidad, como el síndrome de Marfan con afectación de la raíz aórtica, coartación complicada de la aorta y miocardiopatía periparto con disfunción residual. Incluso los cánceres generalmente se pueden tratar demorando el tratamiento o usando quimioterapias que son menos tóxicas para el feto. La intervención quirúrgica fuera del útero también puede permitir el tratamiento de cánceres durante el embarazo.

También se debe tener en cuenta que un **embarazo ectópico** inevitablemente se convertirá en un aborto espontáneo, ya que no hay posibilidad de que el feto pueda alcanzar la viabilidad en una ubicación como una trompa de Falopio, por lo que la intervención para esta afección siempre se produce al principio del embarazo, y ningún médico considera esto un aborto.

Las intervenciones posteriores en el embarazo se denominan más correctamente "parto prematuro". En estos casos, **el propósito de la entrega no es matar al feto**, como en el aborto electivo, sino salvar la vida de la madre, y la vida del feto, o salvar la vida de al menos uno de ellos. Esto se puede hacer de tal manera, por inducción o cesárea, que el bebé se pueda salvar si es posible.

Con técnicas quirúrgicas modernas, una cesárea suele ser muy segura, incluso en una mujer muy enferma. (Uno de cada tres embarazos en nuestro país se da de esta manera).

En comparación, un aborto por dilatación y evacuación generalmente necesita entre uno y tres días de maduración cervical para que el cirujano entre el útero. Si una mujer estuviera realmente lo suficientemente enferma como para necesitar un parto de urgencia, esta demora solo empeoraría su condición.

Además, un parto por parto inducido o cesárea, incluso si el bebé muere durante el transcurso del parto, permite a la mujer llorar, abrazar, fotografiar y enterrar a su bebé, si así lo desea. En el caso de una anomalía fetal, se puede realizar una autopsia para ayudar con el asesoramiento para futuros embarazos.

Un aborto por dilatación y evacuación (D&E) desmembramiento, por supuesto, no permite nada de eso. Si bien pocos obstetras / ginecólogos que no sean abortistas tardíos de alto volumen tienen las habilidades clínicas para realizar una dilatación y evacuación tardía, debido a su complejidad y alta incidencia de complicaciones, todos los obstetras / ginecólogos pueden realizar inducciones o cesáreas, lo que permite que propio médico de la mujer para cuidarla en su angustia.

Incluso los abortistas tardíos han reconocido la rareza del aborto tardío para salvar la vida de una mujer. La Dra. Rose Middleman, ex directora médica de Pittsburgh Planned Parenthood, declaró en 1972: "Es extremadamente raro, si es que no existe, que un médico tenga una razón médica para abortar a una mujer en el séptimo u octavo mes".

Asimismo, abortista El Dr. Don Sloan declaró: "Si una mujer con una enfermedad grave ... queda embarazada, el procedimiento de aborto puede ser tan peligroso para ella como pasar por el embarazo ... La idea del aborto para salvar la vida de la madre es algo que la gente aferrarse porque suena noble y puro, pero médicamente hablando, probablemente no existe".

## Referencias bibliográficas mito 4


1. "Women Who Have Abortions," National Abortion Federation, https://prochoice.org/wpcontent/uploads/women_who_have_abortions.pdf
2. Jenna Jerman, Rachel K. Jones and Tsuyoshi Onda, "Characteristics of U.S. Abortion Patients in 2014 and Changes Since 2008," Guttmacher Institute, May 2016, accessed November 27, 2018, https://www.guttmacher.org/report/characteristics-us-abortion-pa- tients-2014
3. Barbara J. Syska, Thomas W. Hilgers, and Dennis O'Hare, "An Objective Model of Estimating Criminal Abortions and its Implication for Public Policy," New Perspectives on Human Abortion (University Publications of America, 1981), https://trove.nla.gov.au/work/25741201?q&versionId=31013907 ; "Abortion Surveillance — United States, 2014," Centers for Disease Control and Prevention, accessed November 27, 2018, https://www. cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6624a1.htm
4. Colin Lecroy, "Hidden Abuse of Women: Coerced Abortions," National Review, August 31, 2017, accessed November 27, 2018, https://www.nationalreview.com/2017/08/forced-abortion-coerced-women-pregnancy-economic-pressure-pro-life-help/
5. Rachel K. Jones and Lawrence B. Finer, "Who Has Second Trimester Abortions in the United States?" Contraception 85 (2012): 544-551, accessed November 27, 2018, http:// www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(11)00625-1/pdf

6. Alexandra Desanctis, "Senate Fails to Pass 20-Week Abortion Ban," National Review, January 29, 2018, accessed November 27, 2018, https://www.nationalreview.com/blog/corner/abortion-ban-senate-vote-fails-pass-pain-capable-unborn-child-protection-act/
7. "Why Abortion in America has become a Social Problem," AfterAbortion.com, accessed November 27, 2018, http://www.afterabortion.com/social.html
8. Priscilla K. Coleman, et al., "Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qual- itative Synthesis of Their Experiences," Journal of American Physicians and Surgeons 22:4 (2017), accessed November 27, 2018, http://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf
9. Finer, et al., "Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States," Contraception 74 (2006): 334-344, accessed November 27, 2018, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/10/17/Contraception74-4-334_Finer.pdf
10. "U.S. Abortion Statistics," Abort73.com, accessed November 27, 2018, http://www.abort73.com/abortion_facts/us_abortion_statistics/
11. "Later Abortion," Guttmacher Institute, January 2017, accessed November 27, 2018, https://www.guttmacher.org/evidence-you-can-use/later-abortion
12. Gretchen E. Ely, "The Undue Burden of Paying for Abortion: An Exploration of Abor- tion Fund Cases," Social Work in Health Care 56 (2017): 99-114, accessed November 27, 2018, https://www.researchgate.net/publication/311628544_The_undue_burden_of_paying_for_abortion_An_exploration_of_abortion_fund_cases
13. Roger Ingham, et al., "Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales," Reproductive Health Matters 16 (2008): 18-29, accessed November 27, 2018, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2808%2931375-5
14. Thomas Murphy Goodwin, "Medicalizing Abortion Decisions," First Things, March 1996, accessed November 27, 2018, https://www.firstthings.com/article/1996/03/003-medicalizing-abortion-decisions
15. "Premature Delivery is Not Induced Abortion," American Association of Pro-Life Ob- stetricians and Gynecologists, accessed November 27, 2018, https://aaplog.org/prema- ture-delivery-is-not-induced-abortion/
16. "Doctor Refutes Abortion Claim," Reading Eagle, June 14, 1972.
17. Don Sloan and Paula Hartz, Choice: A Doctor's Experience with the Abortion Dilemma (New York: International Publishers, 2002), 45-46.

# MITO 5

## "EL FETO NO SIENTE DOLOR EN EL ABORTO"

## Mito 5: “El feto no siente dolor en el aborto”

Existe evidencia contundente de que los fetos en el segundo y tercer trimestre del embarazo sienten dolor cuando son abortados. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial".

Durante un **aborto por dilatación y evacuación (D&E)**, hay un inmenso daño tisular como resultado del desmembramiento del aborto D&E es el método de aborto más común (95%) una vez que el feto se ha formado completamente, cuando el tejido no se puede extirpar por completo únicamente con succión (comenzando al comienzo del segundo trimestre, alrededor de 14 semanas).

Generalmente, un agente dilatador cervical higroscópico (que absorbe agua) o prostaglandina (hormonal) se coloca de uno a tres días antes del aborto. Cuando el cuello uterino está lo suficientemente dilatado, el abortista introduce un catéter de succión para extraer el líquido amniótico y tejido más blando como la placenta. **El tamaño del feto y sus huesos calcificados requieren su extracción manualmente.** Esto se puede hacer de dos formas. Sus piernas se pueden agarrar y tirar a través del cuello uterino. Por lo general, su cuerpo puede nacer de esta manera, pero su cráneo será demasiado grande para nacer a través del cuello uterino parcialmente dilatado. Luego, el abortista introducirá un instrumento como unas tijeras en la base del cráneo creando una abertura. A continuación, se puede succionar el cerebro y aplastar el cráneo con pinzas y extraerlo. Esto se llama D&E intacto, o en términos sencillos, un "**aborto de nacimiento parcial**". Un método alternativo es **desmembrar progresivamente al feto** arrancándole las piernas, los brazos y secciones del torso, antes de aplastar y extraer el cráneo. Este es un D&E no intacto o "aborto por desmembramiento".

Muchas legislaturas estatales, incluido mi estado natal de Texas, han aprobado leyes que limitan este procedimiento porque se considera inhumano y causa una muerte extremadamente dolorosa al feto, que es un miembro vivo inmaduro de la especie humana.

Lamentablemente, la legislación de Texas fue anulada por un juez que siente que cualquier tipo de obstáculo (carga indebida) en el camino de una mujer que busca un aborto es inconstitucional. Con suerte, la Corte Suprema de los Estados Unidos algún día considerará este caso, porque un argumento sólido Se puede hacer que esta legislación esté respaldada por el derecho a la vida, mencionado anteriormente.

Quienes se oponen a dicha legislación argumentan que el dolor fetal no se presenta en las edades gestacionales entre las 14 semanas (cuando los huesos del feto están calcificados y no se pueden extirpar únicamente por succión, lo que requiere un procedimiento de D&E) y el tercer trimestre. Sin embargo, **existe evidencia innegable de que las vías sensoriales que permiten que el cuerpo fetal detecte y responda al dolor físico son funcionales desde muchas semanas atrás**.

Argumentan que esto no califica como dolor porque el feto no puede experimentar una respuesta emocional al dolor. Creen esto porque no han encontrado evidencia histológica de que los tractos neurales que conectan el tálamo con el cerebro estén completamente formados tan pronto (creen que los tractos no se completan hasta las 26-30 semanas), y asumen que estos tractos son necesarios para tener un experiencia emocional en respuesta al dolor. **Este argumento se basa en una interpretación extrema de lo que constituye el dolor.**

Ellos apoyan su posición con un estudio frecuentemente citado que dice: "El dolor es una experiencia emocional y psicológica que requiere el reconocimiento consciente de un estímulo nocivo". Este estudio carece de credibilidad porque la autora Susan Lee se desempeñó anteriormente como abogada de la Liga Nacional de Acción por los Derechos del Aborto y la autora Eleanor Drey, M.D. fue directora médica de una clínica de aborto en la Universidad de California, San Francisco. Por lo tanto, tenían **un sesgo claro**.

La intención del estudio es fácilmente evidente en el primer párrafo, donde los autores discuten las limitaciones legislativas sobre los abortos en la mitad del trimestre y descartan cualquier preocupación por el feto, ya que intentan desmantelar sistemáticamente todas las respuestas fisiológicas fetales observadas e intentan explicar cómo funciona eso no representa realmente el dolor tal como lo conocemos. Otros han llevado esta definición extrema un paso más allá, afirmando que no cuenta como dolor a menos que el feto tenga la capacidad de recordar la experiencia y sentirse traumatizado. **Desde que el está destinado a la muerte, no puede hacer esto**.

La extensión lógica de tal proceso de pensamiento se extendería a ofrecer el suicidio asistido por un médico, pero no el control del dolor o el tratamiento paliativo, a las personas con enfermedades terminales, porque también están destinadas a la muerte.

El primer requisito para la percepción del dolor fetal es la presencia de receptores sensoriales cutáneos (nociceptores), que comienzan a desarrollarse en el área peri-oral a las siete semanas, se extienden a las palmas y plantas a las 11 semanas, al tronco y extremidades proximales a las 15 semanas y están presentes en todo todo el cuerpo del feto antes de las 20 semanas.

A medida que se desarrollan estas neuronas sensoriales, el feto comienza a reaccionar al tacto. Al principio del proceso, el sistema del dolor es relativamente primitivo y consiste en un reflejo espinal de una neurona sensorial periférica que detecta la estímulos nocivos, transmitidos a una neurona del asta dorsal en la médula espinal, que luego se transmite a una motoneurona del asta ventral, que inicia una respuesta motora transmitida a los músculos que hace que el feto se retire del daño tisular.

La parte del sistema nervioso central que va de los nervios periféricos al cerebro comienza a desarrollarse en el asta dorsal de la médula espinal a las 13 semanas. La conexión con el tálamo del cerebro (mesencéfalo) se establece entre las 14 y 20 semanas. Para inicios del segundo trimestre, el feto reacciona a estímulos que se reconocerían como dolorosos si se aplicaran a un ser humano adulto, de la misma manera en la edad adulta, por ejemplo, **retrocediendo**.

Se puede ver a los **fetos reaccionar a la punción** de la vena intrahepática con movimientos corporales y respiratorios vigorosos, aumento de la frecuencia cardíaca y aumento del flujo sanguíneo al cerebro (estas respuestas no ocurren durante la punción de inserción, donde no hay receptores del dolor).

También se pueden medir los aumentos en los niveles de hormonas del estrés circulantes y opioides endógenos (que son independientes de los niveles maternos). Aunque las neuronas de la corteza cerebral comienzan a desarrollarse a las 8 semanas, y se completan a las 20 semanas, parece que las conexiones neuronales entre el tálamo y la corteza cerebral se establecen a partir de las 17 semanas y son completamente funcionales a las 26-30 semanas. Se observan **explosiones electroencefalográficas** (que miden la actividad cerebral) en el cerebro a partir de 20 semanas y tienen un patrón de madurez a las 30 semanas.

Está bien establecido en la literatura sobre anestesia fetal y neonatal que la **sujeción a un estímulo doloroso puede asociarse con efectos dañinos en el neurodesarrollo a largo plazo**, como alteración de la sensibilidad al dolor y posiblemente discapacidades emocionales, conductuales y de aprendizaje en el futuro.

El estándar de atención para proporcionar anestesia para la cirugía intrauterina en estas edades gestacionales y analgesia para los recién nacidos prematuros que se someten a procedimientos potencialmente dolorosos, incluso si ocurren en edades gestacionales antes de que se anticipe el funcionamiento talamocortical completo.

De hecho, se observó que la tasa de mortalidad por cirugía fetal disminuyó del 25 al 10% después de que se inició la anestesia fetal de rutina. Cabe señalar que se pueden observar los recién nacidos extremadamente prematuros nacidos al límite de la viabilidad (actualmente alrededor de las 22 semanas) tener llantos y expresiones faciales que reconocemos como resultado del dolor (a pesar de que son mucho más jóvenes de lo que esperamos para una conectividad talamocortical completa).

Contrariamente a la afirmación de que se necesita una corteza cerebral en pleno funcionamiento para procesar emocionalmente el dolor, alguna literatura indica que solo se necesita un tálamo funcional para causar el procesamiento emocional del dolor. Se ha observado que los niños con **hidranencefalia** (ausencia de casi todos los corteza cerebral) exhiben todas las respuestas a estímulos dolorosos que esperar de los niños 'normales'.

En ocasiones, si el diagnóstico no se ha realizado antes del parto, pueden pasar varios meses antes de que se diagnostique la afección, porque inicialmente el bebé presenta las características que esperamos de un bebé con función cerebral normal. Parecen despiertos y alertas, muestran capacidad de respuesta a su entorno, expresan placer al sonreír y reír y aversión al quejarse y llorar. Responden de manera diferente a los rostros de aquellos que les son familiares, en comparación con los extraños.

**Es evidente que la ciencia no comprende muchas cosas acerca de cómo el cerebro procesa las emociones**. Los datos clínicos neuroquirúrgicos también nos hacen cuestionar la suposición de que la corteza cerebral es principalmente responsable de la percepción del dolor, porque se ha demostrado que la ablación o estimulación de la corteza somatosensorial primaria (en el cerebro) no altera la percepción del dolor en los adultos, mientras que el tálamo, la ablación o la estimulación sí lo hace.

Curiosamente, un estudio de ultrasonido 4-D de fetos gemelos entre las 14 y 18 semanas de gestación mostró movimientos que parecían estar intencionalmente dirigidos hacia el co-gemelo, lo que demuestra que la interacción social puede comenzar mucho antes de lo que se pensaba anteriormente.

También debemos considerar la posibilidad de que **la percepción del dolor en el feto no utilizan las mismas vías que en el ser humano adulto**, al igual que en otras especies, como el pulpo. Muchas estructuras fetales son diferentes de las del adulto y pueden funcionar de manera diferente. Un ejemplo es el mesonefros fetal, que funciona para filtrar la sangre antes de la se desarrollan los riñones fetales.

Algunos investigadores teorizan que a las 18-22 semanas, el feto puede experimentar una sensación de dolor más severa que los recién nacidos mayores porque el sistema de modulación del dolor (que envía señales inhibitorias para disminuir la respuesta del cuerpo al dolor) aún no se ha desarrollado.

Algunos avanzan la teoría de que "el feto nunca experimenta un estado de verdadera vigilia en el útero, y se mantiene, por la presencia de su entorno químico, en una continua inconsciencia o sedación parecida al sueño ” debido a los niveles elevados de neuroinhibidores. Esta hipótesis es una ilusión y permanece sin probar. Tampoco explica los "movimientos vigorosos del cuerpo y la respiración" que requieren paralíticos en la cirugía fetal.

Claramente, no son parte del estado de sueño natural. También es de sentido común entender que si le quitan el brazo mientras duerme, seguramente lo despertará.

Hay muchos casos en nuestra sociedad en los que tomamos precauciones adicionales para prevenir el dolor aunque no sepamos si el receptor es capaz de experimentarlo por completo. Cuando se extraen órganos de una persona que ha experimentado muerte cerebral, le administramos anestesia.

Para someterse a un procedimiento doloroso, una persona en estado vegetativo persistente recibe anestesia. Cuando un asesino convicto recibe la pena de muerte, existe una larga lista de salvaguardias para asegurarse de que este individuo muera lo más rápido y sin dolor posible. Tenemos muchas leyes que controlan cómo los animales criados para proporcionar carne deben ser tratados cuando son masacrados, y muchas más leyes que nos dicen cómo debemos interactuar con las mascotas para que no experimenten dolor.

Una conferencia sobre el dolor en animales de laboratorio señaló que "es imperativo reconocer que salvo que se establezca lo contrario, debemos asumir que aquellos procedimientos que producen el dolor en nosotros también puede producir dolor en los animales ", y propone una analgesia preventiva en esas situaciones.

Maureen Condit, investigadora en neurobiología, ha explicado que el dolor y la conciencia son complejos y que la afectación cortical no debe ser la única consideración. Ella resume la controversia de manera sucinta: "***Esto no es tanto una ambigüedad médica, sino una oportunidad para que consideremos el tipo de sociedad que queremos ser. Y creo que hay suficiente incertidumbre para justificar darle al feto el beneficio de la duda***."

## Referencias bibliográficas mito 5


1. G.F. Gebhart, "Scientific Issues of Pain and Distress," Definition of Pain and Distress and Reporting Requirements for Laboratory Animals: Proceedings of the Workshop Held June 22, 2000, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99533/
2. "Abortion Procedures: What You Need To Know – D&E Abortion," Live Action, accessed November 27, 2018, https://www.abortionprocedures.com/
3. ACOG Practice Bulletin 135: Second-trimester abortion. 121:6 (2013): 1394-1406, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23812485
4. Alexandra DeSanctis, "Kill the Child, Spare It No Pain — Cold 'Justice' in Texas," National Review, December 4, 2017, accessed November 27, 2018, https://www.nationalreview.com/2017/12/abortion-texas-law-struck-down-late-term-pain-fetus-unborn-child- judge-lee-yeakel/
5. S.J. Lee, et al., "Fetal Pain: A Systematic, Multidisciplinary Review of the Evidence," JAMA 294:8 (2005): 947-954, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16118385
6. K.J. Anand and P.R. Hickey, "Pain and Its Effects in the Human Neonate and Fetus," New England Journal of Medicine 317:21 (1987): 1321-1329, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3317037
7. L.B. Myers, et al., "Fetal Endoscopic Surgery: Indications and Anesthetic Management," Best Practices and Research Clinical Anesthesiology 18:2 (2004): 231-258, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15171502
8. S.W. Derbyshire, "Foetal Pain?" Best Practices and Research. Clinical Obstetrics & Gynecol- ogy 24:5 (2010): 647-655, accessed November 27, 2018, https://www.researchgate.net/publication/42806276_Foetal_pain

9. Ritu Gupta, et al., "Fetal Surgery and Anesthetic Implications," Continuing Education in Anesthesia, Critical Care and Pain 8:2 (2008): 71-75, accessed November 27, 2018, https://academic.oup.com/bjaed/article/8/2/71/338464
10. C.L. Lowery, et al., "Neurodevelopmental Changes of Fetal Pain," Seminars in Perinatology 31 (2007): 275-282, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905181
11. X. Giannakoulopoulos, et al., "Fetal Plasma Cortisol and B-Endorphin Response to Intrauterine Needling," Lancet 344 (1994): 77-81, accessed November 27, 2018 https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7912391
12. R. Gita, et al., "Fetal Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Stress Responses to Invasive Procedures are Independent of Maternal Responses," Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 86 (2001), accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231985
13. V. Glover and N.M. Fisk, "Fetal Pain: Implications for Research and Practice," British Journal of Obstetrics and Gynecology 106 (1999): 881-886, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10492096
14. 73 K.J. Anand, "Pain, Plasticity and Premature Birth: A Prescription for Permanent Suffer- ing?" Nature Medicine 6 (2000): 971-973, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10973310
15. Tadic Salihagic, "Fetal Neurophysiology According to Gestational Age" Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 17:5 (2012): 1-5.
16. Anand and Hickey, 1987.
17. Bjorn Merker, "Consciousness Without a Cerebral Cortex: A Challenge for Neurosci- ence and Medicine," Behavioral and Brain Sciences 30 (2007): 63-81, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17475053
18. Wilder Penfield and Herbert Jasper, Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain (Boston: Little, Brown and Company, 1954).
19. Umberto Castiello, et al., "Wired to be Social: The Ontogeny of Human Interaction," PLOS One (October 2010), accessed November 27, 2018, http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0013199
20. D.B. Edelman, et al., "Identifying Hallmarks of Consciousness in Non-mammalian Species," Conscious Cognition 14 (2005): 169-187, accessed November 27, 2018, https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15766896
21. C.A. Niven, Fetal Awareness: Report of a Working Party (London: RCOG Press, updated 2010).
22. G.F. Gebhart, "Scientific Issues of Pain and Distress," Definition of Pain and Distress and Reporting Requirements for Laboratory Animals: Proceedings of the Workshop Held June 22, 2000, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99533/
23. Jim Daly, "Fetal Pain Opens Eyes to Preborn Humanity," Crosswalk.com, accessed No- vember 27, 2018, https://www.crosswalk.com/print/11699418/

# MITO 6

**"EL ABORTO ES MÁS SEGURO QUE EL PARTO"**

## Mito 6: "El aborto es más seguro que el parto"

La suposición de que "el aborto es más seguro que el parto" fue uno de los principales argumentos que impulsó la legalización del aborto, y continúa impulsando el esfuerzo por revocar todas las restricciones legislativas de seguridad sobre el procedimiento, tanto dentro de nuestro país como internacionalmente.

Antes de Roe v. Wade, los defensores del aborto citaban con frecuencia el número de 5.000 a 10.000 mujeres asesinadas por año por abortos ilegales. El Dr. Bernard Nathanson, uno de los fundadores de la Asociación Nacional para la Derogación de las Leyes del Aborto, ha declarado: *"¿De cuántas muertes estábamos hablando cuando el aborto era ilegal? ... cuando hablamos de (las estadísticas de masas) siempre fueron 5.000-10.000 muertes al año. Confieso que sabía que las cifras eran totalmente falsas, y supongo que las demás también ... pero en la moralidad de nuestra revolución fue una cifra útil*".

La Asociación Médica Estadounidense documentó que en 1950 hubo 263 muertes relacionadas con el aborto ilegal, y para 1970 este número se había reducido a 119. Asimismo, el Instituto Guttmacher (una organización de investigación del aborto iniciado por Planned Parenthood) ha publicado un gráfico que muestra la caída en las muertes relacionadas con el aborto de 200 en 1965 a 110 en 1967.

**ANTES DE QUE SE LEGALIZARA EL ABORTO, SE ESTIMARON 98.000 ABORTO AL AÑO. DESPUÉS DE LA LEGALIZACIÓN, SE HAN REALIZAN DE 1 A 1.5 MILLONES DE ABORTOS AL AÑO EN EE.UU.**

Un aborto séptico es algo horrible, pero no sucedió con tanta frecuencia como suponemos. Tenemos buenas razones para creer que el número de muertes reportadas fue exacto, porque estas muertes fueron el resultado de leyes quebrantadas, y quienes hicieron cumplir las leyes estuvieron atentos para detectar estas muertes.

El aborto se había vuelto cada vez más seguro, incluso antes de que se legalizara, debido a los avances en la medicina, como el uso de antibióticos, la mejora de las técnicas quirúrgicas y la anestesia.

Contrariamente a la suposición común de un trabajo de piratería por parte de un abortista analfabeto médico, el 90% de los abortos "ilegales" fueron cometidos por médicos, generalmente mediante dilatación quirúrgica y legrado. La mayor parte del resto fue realizado por enfermeras, parteras o personas con alguna formación médica.

El término "*back alley abortion/* aborto clandestino" que los activistas pro-aborto suelen utilizar como táctica de miedo en realidad se refiere a la puerta que se les aconsejó a las mujeres que usaran para ingresar a la clínica médica, no donde se realizó el procedimiento.

Aunque los activistas del aborto afirmaron que había más de un millón de abortos al año antes de la legalización, una mejor estimación es de 98.000 al año. Desde la legalización, nuestro país ha informado de manera constante entre 1 y 1,5 millones de abortos por año (10 a 15 veces más común que antes de la legalización). Por lo que, de hecho, las muertes de mujeres por abortos fallidos probablemente hayan aumentado, si se informaron con precisión.

**La mayoría de las mujeres en las clínicas de aborto han informado constantemente que no habrían buscado el procedimiento si fuera ilegal.** ¿Cómo puede un aborto causar la muerte de una mujer?

Las complicaciones que pueden ocurrir por cualquier procedimiento de aborto incluyen hemorragia vaginal o intraabdominal (a veces requiere transfusión), infección (endometritis que puede conducir a septicemia, a veces requiere hospitalización para antibióticos intravenosos, cirugía o apoyo en la UCI), extracción incompleta de los restos de la bebé abortado, daño en el cuello uterino, útero u otros órganos pélvicos o abdominales (que a veces requieren cirugía, incluida la histerectomía o resección intestinal para reparar), reacciones anestésicas o sobredosis, líquido amniótico, embolias sépticas o trombóticas, eventos cardíacos o cardiovasculares, cualquiera de que podría conducir a la muerte.

Los estudios sugieren que la tasa de complicaciones físicas inmediatas del aborto inducido puede ser tan alta como el 11%. La seguridad del aborto se determina menos por si es legal, y más por otros factores como la tecnología disponible, la edad gestacional en la que se compromete y la habilidad del médico.

**La frecuencia de complicaciones aumenta a medida que avanza el embarazo**. La probabilidad de complicaciones en los abortos de mitad de trimestre aumenta debido a "*la complejidad técnica inherentemente mayor de los abortos tardíos relacionada con los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren a medida que avanza el embarazo. El aumento de la cantidad de tejido fetal y placentario requiere un mayor grado de dilatación cervical, el aumento del flujo sanguíneo predispone a la hemorragia y el miometrio relajado está más sujeto a la perforación mecánica.*" Una dilatación tardía y un aborto de evacuación requiere múltiples pasajes ciegos de los instrumentos del cirujano en el útero, lo que fácilmente podría dañar a una mujer, incluso en manos experimentadas.

Cuando la mayoría de los observadores consideran la seguridad relacionada con el aborto, están pensando en complicaciones físicas como estas, pero también deben considerar las complicaciones psicológicas, que también pueden conducir a la muerte de una mujer.

Un estudio integral analizó 22 estudios que consideraron las consecuencias del aborto en la salud mental. Hubo un aumento general del 81% en el riesgo de problemas de salud mental después del aborto. Esto se descompuso en un 34% más de ansiedad, un 37% más de depresión, un 110% más de abuso de alcohol, un 230% más de abuso de marihuana y un 155% más de comportamiento suicida.

Un grupo de trabajo en Texas encontró que una de las principales causas de muerte materna en estado, la sobredosis de drogas ocupó el segundo lugar, y el homicidio y el suicidio también se incluyeron entre las siete causas principales.

Un estudio de 2012 publicado en una revista especializada en obstetricia y ginecología supuestamente demostró que el aborto era 14 veces más seguro que el parto, lo cual fue ampliamente informado. Los autores informaron que la tasa de muerte por abortos es de 0,6 / 100.000 abortos legales, mientras que la tasa de muerte por parto es de 8,8 / 100.000 nacidos vivos. **Este estudio es defectuoso porque utiliza cuatro números dispares para hacer sus cálculos, de los cuales sólo uno puede determinarse con precisión**. La primera observación que debemos hacer es que los denominadores son diferentes, lo que debería invalidar inmediatamente cualquier comparación.

Las muertes por aborto se cuentan en términos del número de abortos legales, mientras que las muertes maternas se contabilizan en función del número de nacidos vivos.

Los nacidos vivos son el único de los cuatro números que se pueden contar con precisión, porque el gobierno exige un certificado de nacimiento para cada niño nacido vivo. Sin embargo, este número (nacidos vivos) no incluye una gran cantidad de eventos de embarazo, porque no se incluyen todas las pérdidas por aborto espontáneo, embarazo ectópico, aborto y muerte fetal, elevando falsamente el numerador porque el denominador es más bajo de lo que debería ser. Solo el 60 por ciento de las muertes maternas ocurren junto con un nacimiento vivo.

Nuestro país se ha dado cuenta recientemente de que hacemos un trabajo muy deficiente al contar con precisión las muertes maternas. Durante mucho tiempo, no existía una forma estandarizada de indicar en el certificado de defunción de una mujer si estaba o había estado embarazada recientemente, por lo que muchos se pasaron por alto las muertes relacionadas con el parto. Algunos estudios indican que hasta el 50 por ciento se pasa por alto de esa manera.

**Cuando miramos las muertes relacionadas con el aborto, encontramos que tanto el numerador como el denominador son sospechosos**. El número estimado de abortos se informa voluntariamente al Centro para el Control de Enfermedades (CDC) por 47 departamentos de salud estatales, pero California (que se estima que compromete una cuarta parte a un tercio de los abortos del país), New Hampshire, y Maryland no reportan ningún dato.

El Guttmacher Institute, la rama de investigación de Planned Parenthood, también realiza un seguimiento del número de abortos, y sus números son consistentemente diferentes (y más altos) que los números reportados por los estados.

Solo la mitad de los estados requieren que los abortistas reporten sus complicaciones (y es discutible si esto se cumple de manera confiable), y ningún estado requiere que los médicos, médicos forenses o salas de emergencia que no practican abortos informen las muertes relacionadas con el aborto para su investigación.

Los CDC cuentan estas muertes solo si llegan a su conocimiento a través de certificados de defunción, informes anecdóticos, informes a agencias estatales de salud, comités de calidad o comités de morbilidad y mortalidad. Por muchas razones, es posible que la información sobre un aborto anterior no figure en un certificado de defunción.

El aborto puede haber iniciado una cascada de eventos que resultaron en la muerte, pero solo los eventos más cercanos pueden aparecer en el certificado de defunción.

El médico que completa el certificado de defunción puede no estar al tanto del aborto (lo que podría suceder si una mujer enferma se presenta a la sala de emergencias, pero hace que el personal crea que fue un aborto espontáneo y no un aborto lo que provocó la complicación). está demasiado enfermo para dar una historia, es posible que la familia no lo sepa, o puede sentirse avergonzado por el aborto).

Por último, un compromiso ideológico con el aborto legal puede llevar a un médico a no incluir esta información en el certificado de defunción. Un solo reportero de investigación pudo documentar un 30% más de muertes relacionadas con el aborto en todo el país de lo que habían enumerado los CDC, simplemente correlacionando la documentación pública de los casos de negligencia con los informes de autopsias.

Dado que la mayoría de las mujeres con complicaciones de aborto no inician una demanda por negligencia, este número probablemente representa solo la punta del iceberg. Hay otros factores de confusión a considerar al analizar el aborto o las muertes maternas.

Existe cierta inconsistencia en el intervalo de tiempo que se debe considerar: algunos sistemas registran hasta seis semanas después del embarazo y algunos informan hasta un año. ¿Deben considerarse todas las muertes, o solo las relacionadas con un efecto fisiológico o una complicación del embarazo o del procedimiento?

Algunos investigadores solo cuentan las muertes relacionadas con una complicación física como hemorragia, infección o complicaciones anestésicas. Pero, ¿qué pasa con los efectos psicológicos que se ven agravados por la forma en que se resolvió el embarazo? El dolor y la depresión son comunes después de la pérdida del embarazo y el aborto. ¿Debe contarse un suicidio como muerte materna?

También es intuitivo pero importante señalar que los abortos tempranos son menos peligrosos para la madre que los abortos posteriores: a medida que crece el útero de la madre, aumentan los peligros. Aunque un estudio encontró una tasa de muerte general de 0,7 / 100.000 abortos legales, este número aumentó a 6,7 / 100.000 para los procedimientos tardíos.

Otro estudio encontró que el riesgo de muerte aumentaba en un 38% por cada semana adicional más allá de las ocho semanas. En comparación con los abortos tempranos, el riesgo relativo de muerte fue 14,7 veces mayor a las 13-15 semanas (tasa 1,7 / 100.000 abortos), 29,5 veces mayor a las 16-20 semanas (tasa 3,4 / 100.000) y 76,6 veces mayor después de las 21 semanas ( tasa 8,9 / 100.000).

Al equipo de vigilancia del aborto de los CDC se le ha encomendado la tarea de proteger al público de procedimientos peligrosos mediante el seguimiento de las complicaciones relacionadas con el aborto, pero **no han cumplido con su deber debido a su compromiso ideológico de mantener el aborto disponible**.

Una investigación a mediados de la década de 1990 encontró que de 68 empleados de nivel superior en esta rama, más de la mitad (34) estaban involucrados de alguna manera con la industria del aborto, incluido el entonces presidente, Dr. David Grimes, quien escribió el estudio de seguridad engañoso al que se hizo referencia anteriormente.

El equipo también fue autor de otro estudio que hizo un mal uso del análisis estadístico para afirmar que estaban identificando con éxito al menos el 90% de las muertes asociadas con el aborto.

La Dra. Julie Louise Gerberding, directora de los CDC, ha escrito "Las tasas de mortalidad materna y las tasas de mortalidad por aborto son conceptualmente diferentes y son utilizados por los CDC para diferentes propósitos de salud pública". Parece que los miembros de su equipo deben desconocer sus comentarios, ya que han insistido en comparar los dos números.

Un intento de responder a la pregunta de si el aborto es más seguro que el parto a través de un metanálisis (que revisa todos los estudios disponibles) reveló una curiosa falta de interés de la mayoría de los investigadores en la pregunta.

**De 989 estudios que analizaron las muertes y los resultados del embarazo, solo 11 proporcionaron resultados que permitieron comparar las tasas de muerte asociadas con todos los posibles resultados del embarazo**. No obstante, estos investigadores encontraron que en 180 días, el riesgo de muerte es más del doble después de un aborto en comparación con el que sigue al parto, y permanece elevado durante al menos 10 años.

Está claro con los registros incompletos disponibles en los EE. UU, la naturaleza política del aborto y el compromiso ideológico de muchos investigadores académicos con el aborto legal, que es poco probable que la cuestión de la seguridad comparativa del aborto con el parto tenga una respuesta en nuestro país.

Una forma más completa y menos sesgada de considerar esta pregunta es realizar un estudio vinculado a los registros en un país con una visión más neutral sobre el aborto legalizado, la atención médica de pagador único para que los registros de todos los procedimientos estén disponibles fácilmente y sean más completos en documentación del certificado de defunción. Esto se ha hecho en Finlandia. Se revisaron todos los certificados de defunción de mujeres en edad reproductiva de 1987 a 1994, y se compararon las muertes de mujeres no embarazadas, que habían dado a luz recientemente y que habían tenido un aborto.

Los investigadores encontraron lo contrario de lo que encontraron el Dr. Grimes y sus colegas de los CDC. **Una mujer que tuvo un aborto tenía 3,5 veces más probabilidades de morir en un año en comparación con una mujer que llegó a término**. ¡Tenía 7 veces más probabilidades de suicidarse, el doble de probabilidades de morir en un accidente y 4 veces más probabilidades de ser asesinada!

Dos estudios de seguimiento a partir de estos mismos datos revelaron que el 94% de las muertes relacionadas con el aborto y el 73% de las muertes maternas no se identificaron solo con los certificados de defunción, lo que muestra la clara insuficiencia de los datos de los CDC extraídos de los certificados de defunción.

El riesgo de muerte en un año dado para una mujer que tuvo un aborto fue 83 / 100,000 mujeres finlandesas, no embarazadas 57 / 100.000, por aborto espontáneo 52 / 100.000 y para aquellas que llevaron un embarazo a término 28 / 100.000.

**Los investigadores concluyeron que estos hallazgos pueden atribuirse a dos causas: dar a luz puede tener un efecto protector para una mujer y tener un aborto puede tener un efecto emocional deletéreo, llevándola a actividades de mayor riesgo.** En aras del espacio, no profundizaremos en la posible asociación de riesgos a largo plazo relacionados con el aborto, pero existe evidencia convincente de que el aborto puede aumentar el riesgo de una mujer de dar a luz temprano en un embarazo posterior, lo que hace que sus futuros hijos corran riesgo de muerte por prematuridad (la principal causa de muerte de recién nacidos).

Cuando una mujer joven elige abortar su primer embarazo, pierde el conocido efecto protector de ese embarazo contra el cáncer de mama más tarde en la vida. También hay estudios convincentes de que el aborto en sí puede dejar el tejido mamario más susceptible a los cánceres.

Aunque los estudios han sido mixtos, la pregunta claramente no ha sido respondida, sin embargo, la mayoría de las sociedades médicas han insistido en que no existe ningún vínculo y han tratado de suprimir la pregunta.

Para el lector que esté interesado en estudiar la discusión sobre estos temas, consulte el sitio web de la Asociación Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Pro-Vida (AAPLOG.org).

El Dr. David Reardon ha resumido bien la discusión anterior:

> "Debemos concluir que 'el aborto es más seguro que el parto' ya no puede caracterizarse como un hecho establecido. En el mejor de los casos, es una opinión sin fundamento, probablemente una esperanza y, en el peor de los casos, un mantra ideológico. En este momento, es casi imposible comparar con precisión las muertes relacionadas con el aborto y las muertes relacionadas con el parto en los EE. UU. debido a informes incompletos, incompatibilidades de definiciones, recopilación de datos, sesgo de investigación, dependencia de estimaciones, corrección política, certificados de defunción inexactos y/o incompletos, incompatibilidad con las estadísticas de mortalidad materna y falta de consideración de otras causas psicológicas de muerte, incluido el suicidio. Cuando miramos al exterior, vemos una conclusión diferente, que las mujeres tienen muchas más probabilidades de morir en el año posterior a un aborto que después del parto. Esta suposición ya no debería ser la razón para mantener todos los abortos legales, especialmente en edades gestacionales más avanzadas, cuando el procedimiento se vuelve mucho más peligroso ".

## Referencias bibliográficas mito 6


1. Bernard N. Nathanson, Aborting America (New York: Doubleday & Co., 1979), 197.
2. AMA Council on Scientific Affairs, "Induced Termination of Pregnancy Before and After Roe v Wade: Trends in the Mortality and Morbidity of Women," JAMA 268 (1992): 3231-3239, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1433765
3. R.B. Gold, Abortion and Women's Health: A Turning Point for America? (New York: The Alan Guttmacher Institute, 1990).

4. Russell Hittinger, "Abortion Before Roe," First Things, March 2010, accessed November 27, 2018, https://www.firstthings.com/article/2010/03/abortion-before-roe
5. Barbara J. Syska, Thomas W. Hilgers and Dennis O'Hare, "An Objective Model of Esti- mating Criminal Abortions and Its Implication for Public Policy," New Perspectives On Human Abortion, University Publications of America, 1981.
6. Richard R. Parlour, "The Unwanted Pregnancy: Psychiatry on the Rocks," Medical Coun- terpoint, October 1974.
7. Thomas W. Hilgers and Dennis J. Horan, ed., "The Medical Hazards of Legally Induced Abortion," Abortion and Social Justice (New York: Sheed & Ward, 1972).
8. P. Sykes, "Complications of Termination of Pregnancy: A Retrospective Study of Admis- sions," New Zealand Medical Journal 106 (1993): 83, accessed November 27, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8474707
9. Thomas W. Hilgers, "Abortion Related Maternal Mortality: An In-Depth Analysis," New Perspectives on Human Abortion, 1981.
10. P.K. Coleman, "Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Re- search Published 1995-2009," British Journal of Psychiatry 199 (2011): 180-186, accessed November 29, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21881096
11. "Maternal Mortality and Morbidity Task Force and Department of State Health Services – Joint Biennial Report," Texas Department of State Health Services, July 2016, https://www.dshs.texas.gov/mch/pdf/2016BiennialReport.pdf
12. E.G. Raymond and D.A. Grimes, "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States," Obstetrics & Gynecology 119:2 (2012): 215-219, accessed November 29, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270271
13. "Morbidity and Mortality Weekly Report: Abortion Surveillance – United States, 2009," Centers for Disease Control and Prevention, November 23, 2012, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6108a1.htm.
14. M.F. MacDorman, et al., "Recent Increases in the U.S. Maternal Mortality Rate: Disen- tangling Trends from Measurement Issues," Obstetrics & Gynecology 128:3 (2016): 447- 455, accessed November 29, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27500333
15. Isabelle L. Horon, "Underreporting of Maternal Deaths on Death Certificates and the Magnitude of the Problem of Maternal Mortality," American Journal of Public Health 95 (2005): 478-82, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449205/
16. "Morbidity and Mortality Weekly Report: Abortion Surveillance – United States, 2014," Centers for Disease Control and Prevention, November 24, 2017, accessed December 3, 2018, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6624a1.htm
17. "Induced Abortion in the United States," Guttmacher Institute, 2018, accessed December 3, 2018, https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-unit-ed-states ; "Abortion Surveillance — United States, 2014," Centers for Disease Control and Prevention.
18. Kevin Sherlock, Victims of Choice (Brennyman Books, 1996), 134-135.

19. S. Zane, et al., "Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010," Obstetrics & Gynecology 126:2 (2015): 258-265, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241413
20. L.A. Bartlett, et al., "Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States," Obstetrics & Gynecology 103:4 (2004): 729-737, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051566
21. Mark Crutcher, Lime 5: Exploited by Choice (Life Dynamics, Inc., 1996), 146.
22. Willard Cates, Jr., et al., "Assessment of Surveillance and Vital Statistics Data for Mon- itoring Abortion Mortality, United States, 1972-1975," American Journal of Epidemiology 108:3 (1978): 200-206, accessed December 3, 2018, https://academic.oup.com/aje/arti-cle-abstract/108/3/200/138398?redirectedFrom=fulltext
23. D.C. Reardon and J.M. Thorp, "Pregnancy Associated Death in Record Linkage Studies Relative to Delivery, Termination of Pregnancy, and Natural Losses: A Systematic Review with a Narrative Synthesis and Meta-Analysis," SAGE Open Medicine 13 (2017), accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29163945
24. M. Gissler, et al., "Pregnancy Associated Deaths in Finland 1987-1994 – Definition Problems and Benefits of Record Linkage," Acta Obstetricia et Gynecologica Scandina- vica 76 (1997): 651-657, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9292639
25. M. Gissler, et al., "Pregnancy Associated Mortality After Birth, Spontaneous Abortion, or Induced Abortion in Finland, 1987-2000," American Journal of Obstetrics & Gynecology 190 (2004): 422-427, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14981384
26. M. Gissler, et al., "Methods for Identifying Pregnancy-Associated Deaths: Popula- tion-Based Data From Finland 1987-2000," Pediatrics and Perinatology Epidemiolo- gy 18:6 (2004): 448-55, accessed December 3, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15535821
27. David C. Reardon, et al., "Deaths Associated with Abortion Compared to Childbirth – A Review of New and Old Data and the Medical and Legal Implications," Journal of Contemporary Health Law and Policy 20:2 (2004): 279-327, accessed December 3, 2018, https://scholarship.law.edu/jchlp/vol20/iss2/4/

# MITO 7

## "EL ABORTO ES PARTE DE LA SALUD DE LAS MUJERES"

## Mito 7: “El aborto es parte de la salud de las mujeres”

El embarazo es una función fisiológica normal, no un estado patológico. Interrumpir este proceso normal no es atención médica. Es una solución quirúrgica a un problema social.

La declaración frecuentemente citada, "El aborto es entre una mujer y su médico" asume incorrectamente que un aborto requiere un juicio médico y será realizado por el propio obstetra/ginecólogo de la mujer.

Una encuesta de los miembros del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología encontró que si bien el 97% de sus miembros tenían pacientes que les solicitaban un aborto, solo el 14% lo realizaría. La realidad es que mientras muchos obstetras/ginecólogos profesan estar “a favor del aborto”, muy pocos quieren ensuciarse las manos cometiendo un aborto. A la mayoría de los obstetras/ginecólogos les encanta cuidar a los bebés por nacer y se sienten incómodos con la disonancia cognitiva que se produce cuando se les pide que maten a un feto sano.

**LA MAYORÍA DE LOS ABORTISTAS ESTÁN EMPLEADOS POR CLÍNICAS DE ABORTO, NO POR CLÍNICAS DE ATENCIÓN MÉDICA. LA MAYORÍA DE LOS ABORTISTAS SON TÉCNICOS QUE SÓLO REALIZAN EL PROCEDIMIENTO POR DINERO; NO REALIZAN ALGÚN OTRO SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.**

En clínicas muy concurridas, no es raro que un empleado asesore a una mujer y obtenga su consentimiento para el procedimiento. Es posible que el abortista nunca hable con la mujer. A veces, un empleado ya ha colocado el espéculo, por lo que es posible que ni siquiera vea el rostro de la mujer. Seguramente, en esta situación, el médico no está ayudando a una mujer a considerar todas sus opciones. Ella ha tomado la decisión y él es simplemente la herramienta para llevarla a cabo.

Dado que Planned Parenthood realiza un tercio de los abortos en EE.UU, es instructivo mirar su informe anual 2016-2017 para descubrir lo que dicen sobre los servicios de salud que realizan.

Informan que cometieron 321,384 abortos en el país en el año más reciente (2014-2015, el último año que el Instituto Guttmacher dispuso de estadísticas nacionales completas sobre abortos, cometieron 323,999 de los 926,200 abortos reportados en EE.UU, lo que equivale al 35 por ciento). En 2016-2017, brindaron atención prenatal a 7,762 mujeres, servicios de aborto espontáneo para 1.182 y referencias de adopción para 3.889.

Estadísticamente, si una mujer embarazada entra por la puerta de Planned Parenthood, hay un 96% de posibilidades de que el servicio de embarazo que recibirá sea un aborto. Solo el 3% recibirá atención prenatal y menos del 1% de las mujeres optará por dar a sus bebés en adopción, para ser criados por una familia amorosa si la mujer no puede hacerlo.

Sabemos que del 10 al 15% de los embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo, así que uno también se pregunta por qué hacen tan poco manejo del aborto espontáneo (1%).

Si bien el número de abortos ha aumentado constantemente, el número de otros servicios de salud que brindan ha disminuido. Realizan muchos menos servicios de salud preventiva de lo que se podría suponer.

En el último año, realizaron 235,355 exámenes de mujeres sanas, 336,614 exámenes de mamas y 281,063 pruebas de Papanicolaou. Llaman a estos servicios “detección y prevención del cáncer”, pero debe tenerse en cuenta que un examen de las mamas en una mujer asintomática en edad reproductiva es extremadamente improbable que detecte un cáncer de mama, porque es extraordinariamente raro en esa situación. Ninguna de sus instalaciones realiza mamografías, que es la prueba de diagnóstico habitual para el cáncer de mama. Informan de 75,040 mujeres "cuyo cáncer se detectó temprano o cuyas anomalías se identificaron". Es probable que esto haya consistido casi en su totalidad en displasia cervical temprana, que, aunque puede progresar a cáncer de cuello uterino, es mucho más probable que permanezca estable o retroceda.

Afirman que reducen el número de abortos al proporcionar anticoncepción, pero cuando uno mira críticamente los servicios anticonceptivos que brindan, ve que 730,329 (27%) de los 2,701,866 servicios anticonceptivos que brindan son anticoncepción de emergencia (AE). Las "píldoras del día después" como el Plan B, la forma más común de anticoncepción de emergencia, ¡no funcionan muy bien! Su único mecanismo de acción es retrasar la ovulación.

Si una mujer tiene relaciones sexuales sin protección y va a ovular mañana, la AE reducirá el riesgo de embarazo al retrasar la ovulación durante unos días. Pero si ovuló ayer, la AE no hace casi nada y el riesgo de embarazo es de alrededor del 10%.

Si están distribuyendo ulipristal como en su lugar, un anticonceptivo de emergencia, entonces pueden estar causando abortos tempranos, porque este medicamento está relacionado con el misoprostol (RU486), la píldora abortiva.

Es probable que permitir que el público esté mal informado sobre el mecanismo de acción de la AE aumente las tasas de embarazo (al alentar a las parejas a tener relaciones sexuales aunque no tengan protección disponible).

A menudo, los medios de comunicación acríticos informan que solo el 3% de sus servicios son abortos. Si una mujer se presenta para un aborto, también se le realizarán otros servicios discretos: prueba de embarazo, ecografía, pruebas de ETS y posible Papanicolaou, así como la provisión de anticonceptivos después. Por lo tanto, el aborto es sólo el 17-20% de los servicios que se le brindan a esta mujer, pero un aborto es la razón por la que vino. Es fácil ver cómo contar cada servicio individual, cuando la mayoría de las mujeres reciben múltiples servicios en cada visita, puede diluir los números y hacer parece que el aborto es solo una pequeña parte de lo que hacen.

**La realidad es que 321,384 abortos es mayor que 281,063 pruebas de Papanicolaou. Es fácil ver el propósito principal de la existencia de esta organización.**

Planned Parenthood reporta $ 1.36 mil millones en gastos desde julio de 2016 a junio de 2017, de los cuales $ 822 millones se gastaron en servicios médicos y $ 47.9 millones en educación sexual. Mientras tanto, se gastaron $ 198,2 millones en "políticas públicas, participación de las comunidades, promoción de la equidad en salud, creación de movimientos, implementación de tecnología del siglo XXI y fortalecimiento y protección la organización". Eso me suena a una actividad diseñada para apuntalar el poder político de la organización.

Mientras tanto, recibieron $ 543,7 millones de reembolsos y subvenciones de servicios de salud del gobierno (dinero de los contribuyentes) y $ 523,7 millones de contribuciones privadas y legados. **Estos números dejan en claro que Planned Parenthood presiona y apoya a los políticos para promover sus intereses**.

Eso se ve claramente en el informe anual, ya que analiza sus opiniones sobre muchos temas políticos. Muchas organizaciones hacen lo mismo a través de comités de acción política. Pero este informe anual parece indicar que el dinero que mantiene a flote a esta organización está inmerso en un solo grupo. Están luchando poderosamente para que los dólares de los contribuyentes sigan llegando a su organización (37% de sus ingresos), pero solo el 60% de los gastos se destinan a servicios médicos. Parece que gastaron casi $ 200 millones para asegurarse de que el dinero siga fluyendo hacia ellos.

## EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA NO NECESITA PLANNED PARENTHOOD. LOS CENTROS DE SALUD FEDERALMENTE CALIFICADOS (FQHCS) SUPERAN EN NÚMERO DE CLÍNICAS DE PLANNED PARENTHOOD DE 20 A 1.

¿Qué sucede si las mujeres no tienen acceso a Planned Parenthood? Aunque a menudo se les dice que las mujeres dependen de ellas para su atención médica, hay muchas alternativas a esta organización que brindan los mismos servicios y más.

Los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC) también reciben dinero estatal y federal para brindar atención a los indigentes, y brindan todos los servicios que brinda Planned Parenthood, excepto el aborto. Además, emplean a médicos que se especializan en otros problemas de salud.

Una mujer es más que un útero y, a menudo, tiene otros problemas de salud que un FQHC puede abordar de una manera más integral. Si bien el número de clínicas de Planned Parenthood en nuestro país se redujo a 620 en agosto de 2017, hay 13,540 FQHC. Superan en número a las clínicas de Planned Parenthood de 20 a 1.

Hay varios servicios que brindan los FQHC que Planned Parenthood no ofrece: mamografías e inmunizaciones; detección de diabetes, colesterol, enfermedades cardiovasculares y función tiroidea; exámenes dentales, oculares y dentales, así como servicios dentales preventivos, servicios para niños sanos, servicios de nutrición médica y mediciones de densidad ósea; servicios de trabajo social, salud mental y abuso de sustancias, y algunos servicios médicos de emergencia. Claramente, ellos se preocupan no solo por la mujer, sino por toda su familia. Si los 500 millones de dólares que recibe Planned Parenthood se entregaran a las FQHC, estas organizaciones podrían seguir creciendo y prestando servicios a más clientes.

Referencias bibliográficas mito 7


1. Debra B. Stuhlberg, et al., "Abortion Provision Among Practicing Obstetrician-Gynecologists," Obstetrics & Gynecology 118 (2011): 609, accessed December 3, 2018, https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170127/
2. Mark Crutcher, Lime 5: Exploited by Choice (Life Dynamics, Inc, 1996).
3. "2016–2017 Annual Report," Planned Parenthood, https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/d4/50/d450c016-a6a9-4455-bf7f711067db5ff7/20171229_ar16-17_p01_lowres.pdf
4. "Miscarriage," March of Dimes, November 2017, accessed December 3, 2018, https:// www.marchofdimes.org/complications/miscarriage.aspx
5. "Health Center Program," Bureau of Primary Health Care, accessed December 3, 2018, https://www.bphc.hrsa.gov/

# MITO 8

## "LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS APOYAN EL ABORTO"

## Mito 8: "La mayoría de las personas apoyan el aborto"

En la jerga del actual del clima político disfuncional, se considera una "guerra contra las mujeres" imponer cualquier restricción que pueda limitar el acceso a los abortos. Se da a entender que a todos aquellos que apoyan cualquier limitación al aborto les gustaría que se anulara Roe v. Wade y que el aborto se convierta en ilegal en todos los casos.

Parece que quienes abogan por el aborto legal deben resistir poderosamente cualquier legislación que intente regular la industria. Pero la realidad es que la mayoría de los americanos no viven en estos extremos. La mayoría están dispuestos a permitir abortos en ciertas circunstancias claramente definidas, pero casi todos prefieren algunos límites al procedimiento de aborto.

**SOLO EL 29% DE LA POBLACIÓN CREE QUE EL ABORTO DEBE SER LEGAL EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA, QUE ES LO QUE PERMITE LA LEY ACTUAL.**

Es interesante rastrear los resultados de la encuesta Gallup sobre el aborto desde su legalización. De manera constante, la mayoría están a favor de permitir el aborto en algunas situaciones, pero con restricciones (54% en 1975, 50% ahora). Una proporción menor cree que debería ser legal en cualquier circunstancia (como lo permite Roe v. Wade: 22% en 1975, 29% ahora), y un grupo aún más pequeño desearía que fuera ilegal en todas las circunstancias (21% 1975 , 18% ahora).

Sin duda, si se anulara Roe v. Wade y se devolviera la cuestión del aborto a los estados para legislar, todavía tendríamos el aborto legal disponible, pero en situaciones más limitadas. Curiosamente, más personas hoy en día consideran que el aborto es moralmente incorrecto (49%) que moralmente aceptable (43%).

**DE ACUERDO CON LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS DE VOTACIÓN, LA MAYORÍA APOYA CONSISTENTEMENTE LAS RESTRICCIONES AL ABORTO, INCLUYENDO UN PERÍODO DE ESPERA DE 24 HORAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ASESORAMIENTO ALTERNATIVO, PROHIBICIÓN DE ABORTOS PARCIALES Y MÁS.**

Además, la mayoría ha apoyado sistemáticamente las siguientes restricciones: (1) un período de espera de 24 horas, (2) consentimiento de los padres, (3) notificación al cónyuge, (4) consentimiento informado, (5) asesoramiento alternativo, (6) ultrasonido previo y (7) prohibición de los "abortos por nacimiento parcial".

Si bien la mayoría está a favor de permitir que el aborto salve la vida y la salud física o mental de la madre, en los casos de anomalías físicas o mentales graves en el niño, o en los casos de violación e incesto, solo el 36% consideró que debería permitirse por razones económicas.

La población se vuelve aún más aprensivos con el aborto a medida que el embarazo avanza más allá del primer trimestre. La última vez que Gallup hizo la pregunta (2012), el 64% quería que el procedimiento fuera ilegal en el segundo trimestre y el 80% en el tercer trimestre.

En 2017, el 67% de los encuestados estaba a favor de algunas restricciones al procedimiento. De manera similar, en una encuesta de Pew de 2017, el 73% estaba a favor de algunas restricciones sobre los abortos tardíos. Aunque el aborto se clasifica comúnmente como un problema de la mujer, una encuesta encontró que el 82% de las mujeres "restringiría el aborto, como máximo, a la primeros tres meses de embarazo".

Con la amplia disponibilidad de las imágenes de ultrasonido en los consultorios médicos y en YouTube, la mayoría han visto lo que veo a diario en mi trabajo como obstetra: un feto se identifica fácilmente como un ser humano joven.

Por último, es importante señalar que la falta de restricciones significativas al aborto en los Estados Unidos no se refleja en el resto del mundo. De 198 países, solo 59 (29%) permiten el aborto a pedido (no se necesita razón). Solo siete permiten el aborto en las últimas 20 semanas (3 por ciento): China, Corea del Norte, Vietnam, Canadá, los Países Bajos, Singapur y los EE. UU.

De hecho, solo somos superados por China en el número total de abortos en el mundo (y son ¡abortar por la fuerza a muchos de sus hijos!). Solo otros seis países permiten el aborto entre las 12-20 semanas. El resto (45) permiten el aborto solo a las 12 semanas o menos. Piense en eso: solo el 6% de los países del mundo permiten el aborto después del primer trimestre. Nos consideramos los campeones de los derechos humanos en todo el mundo. ¿Cómo nos convertimos en parte de este nefasto grupo?

Referencias bibliográficas mito 8


1. "Abortion," Gallup, accessed December 3, 2018 http://news.gallup.com/poll/1576/abor- tion.aspx
2. "Public Opinion on Abortion: Views on abortion, 1995-2017," Pew Research Center, accessed December 3, 2018, http://www.pewforum.org/fact-sheet/public-opinion-on-abor-tion/
3. "Abortion in America," Marist Poll – Knights of Columbus, January 2016, http://kofc.org/un/en/resources/communications/abortion-america-january2016.pdf
4. John C. Fletcher and Mark I. Evans, "Maternal Bonding in Early Fetal Ultrasound Examinations," The New England Journal of Medicine 308 (1983): 392, accessed December 3, 2018, http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198302173080710
5. Angelina Baglini, "Gestational Limits on Abortion in the United States Compared to International Norms," Charlotte Lozier Institute, February 2014, https://lozierinstitute.org/wp-content/uploads/2014/02/American-Report-Series-INTERNATIONAL-ABOR-TION-NORMS1.pdf

# MITO 9

## "EL GOBIERNO NO TIENE DERECHO DE METERSE EN LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO"

## Mito 9: "El Gobierno no tiene el derecho de meterse en la legislación sobre el aborto."

Para determinar si el gobierno debería poder legislar el procedimiento del aborto, primero debemos hacernos la pregunta: ¿cuál es la función del gobierno?

Una fuente común afirma que el **primer objetivo del gobierno es garantizar el derecho a la vida**, que incluye la seguridad de los ciudadanos, permite el ejercicio de la libertad y proporciona las condiciones en las que los **hombres pueden buscar la felicidad**. Cómo los ciudadanos buscan la felicidad es un fin que es completamente privado y más allá de la competencia del gobierno.

Dada nuestra discusión anterior, hay varias formas obvias en las que la regulación gubernamental del aborto puede determinar estos fines. El gobierno tiene la responsabilidad de proteger la vida de sus ciudadanos, incluidos los que aún no han nacido.

Nuestro país ya cuenta con leyes que reflejan esto, de manera más prominente en la Ley de Víctimas de Violencia por Nacer, que reconoce a un niño por nacer como víctima legal si resulta herido o asesinado. También hemos notado cómo el procedimiento de aborto es física y psicológicamente peligroso. Como mínimo, el gobierno tiene la responsabilidad de garantizar que este procedimiento electivo se realice de manera que se reduzcan los riesgos para la madre. Pero hay que reconocer que **un aborto verdaderamente "seguro" es imposible, por supuesto, porque implica el asesinato de un ser humano**. Por lo menos, los gobiernos pueden exigir que los proveedores sean competentes, que las instalaciones estén limpias y preparadas para manejar emergencias, y que las mujeres estén bien asesoradas.

El gobierno debe asegurarse de que las mujeres que están considerando un aborto sean conscientes de los riesgos. El gobierno también debe asegurarse de que la mujer sea consciente de los beneficios de todas las demás opciones que tiene cuando se enfrenta a un embarazo no deseado.

Quienes piensan que la legislación es innecesaria porque estas cosas ocurren de manera rutinaria, no es necesario mirar más allá del juicio del Dr. Kermit Gosnell. Era un abortista notoriamente incompetente, pero otros como él continúan operando. Operation Rescue detalla esta horrible realidad al catalogar las horribles muertes de muchas mujeres estadounidenses desde que el aborto legal se generalizó.

Muchos están familiarizados con la afirmación: "No se puede legislar la moralidad". Esto sólo es parcialmente cierto.

Con frecuencia legislamos actividades relacionadas con la moralidad cuando es probable que las acciones dañen a otro ser humano. Restricciones por asesinato, violación y asalto; prohibiciones de drogas, prostitución y juegos de azar; incluso las normas de tráfico; todos restringen las acciones de "libre albedrío" de algunas personas para beneficiar a otras que pueden verse afectadas negativamente por esas acciones.

Como se mencionó, cómo una mujer elige buscar la felicidad está más allá del alcance de la regulación gubernamental, pero lo que no está más allá del alcance del gobierno es el deber de **proteger las vidas de sus ciudadanos más vulnerables, los niños no nacidos**, mediante la promulgación de leyes constitucionales.

## Referencias bibliográficas mito 9


1. "What Are Five Functions of the Government?," Reference.com, accessed December 4, 2018, https://www.reference.com/government-politics/five-functions-govern-ment-12e71c6d8a40bbc6
2. Unborn Victims of Violence Act, 18 U.S.C. § 1841 (2004).
3. Conor Friedersdorf, "Why Dr. Kermit Gosnell's Trial Should be a Front Page Story," The Atlantic, April 12, 2013, accessed December 4, 2018, https://www.theatlantic.com/nation-al/archive/2013/04/why-dr-kermit-gosnells-trial-should-be-a-front-page-story/274944/
4. "Women Killed By Legal Abortion," Operation Rescue, accessed December 4, 2018, https://www.operationrescue.org/about-abortion/women-killed-by-legal-abortion/

# MITO 10

## "EL ABORTO MEJORA LA VIDA DE LAS MUJERES"

## Mito 10: “El aborto mejora la vida de las mujeres”

Si las mujeres no están mejor cuando eligen el aborto, ¿por qué recomendamos, alentamos y, a veces, coaccionamos a las mujeres para que elijan esta opción?

En los últimos 45 años, las vidas de 60 millones de seres humanos no nacidos se han acabado por la fuerza en nuestro país. Este número debería hacer que cualquiera se detenga, sin importar sus opiniones sobre el aborto.

Se ha dicho: “*Una muerte es una tragedia. Un millón es una estadística*". Imagínese cómo cada aborto ha impactado a la mujer que se encontraba en una situación en la que sentía que poner fin a la vida de su hijo por nacer era su mejor o única opción.

Con frecuencia escuchamos que una mujer debe poder controlar su propio cuerpo, incluida la terminación de la vida del feto que reside allí, a fin de controlar su propio destino. Un activista por el derecho al aborto declaró: “El aborto es necesario para liberar a las mujeres del reclutamiento históricamente rutinario a la maternidad".

Ciertamente, pensar en "la maternidad como esclavitud" es una visión pesimista de la capacidad única de una mujer para tener y criar hijos, pero ¿es cierto? ¿La capacidad de terminar con un hijo no deseado ha llevado a mejoras en la vida de las mujeres durante los últimos 45 años?

Por muchos parámetros de éxito, por supuesto, la vida de las mujeres ha mejorado durante las últimas cuatro décadas. Muchas mujeres han recibido títulos avanzados y tienen mucho éxito en las carreras que eligieron. Las mujeres ocupan muchos puestos de poder en nuestro gobierno, son presidentas de muchas universidades y ejecutivas de muchas empresas. Sin embargo, **no existe una correlación directa entre ninguno de estos logros y el aborto legalizado.**

Prácticamente todo el progreso en los derechos legales, sociales y laborales se ha producido a través de la legislación federal o estatal y la interpretación judicial no relacionada con el aborto legalizado.

Este progreso incluye protecciones legales con respecto a la discriminación laboral, discriminación por embarazo, igualdad de remuneración, equidad educativa, acoso sexual, cobertura de maternidad, licencia por maternidad, licencia médica, violencia doméstica y agresión sexual.

## LA RETÓRICA DE "SU CUERPO, SU ELECCIÓN ..." ES A MENUDO INTERPRETADO POR LOS HOMBRES COMO "SU PROBLEMA, NO EL MÍO ..."

Si una mujer opta por continuar con un embarazo no deseado, su novio puede sentir que no tiene ninguna responsabilidad porque ella tenía otra opción pero decidió no usarla. La retórica de "su cuerpo, su elección..." a menudo se interpreta como "su problema, no el mío..."

La insistencia en que los hombres no tienen derecho a expresar opiniones sobre el tema del aborto probablemente ha llevado a muchos hombres a sentirse distantes y no simpatiza con la difícil situación de una mujer embarazada, y también puede llevarlo a creer que no tiene ninguna responsabilidad como padre. Lo que alguna vez fue una hermosa experiencia de unión para una pareja se ha convertido en una tarea solitaria para muchas mujeres.

La sociedad ha puesto la responsabilidad de tener hijos únicamente sobre los hombros de la madre. Los hombres han sido apartados de la decisión de traer o no un hijo al mundo, y el resultado es un aumento de los niños sin padre. **El lado oscuro de la "autonomía corporal" de las mujeres es el aislamiento y la soledad de demasiadas mujeres y sus hijos**.

Un hecho más que hay que reconocer es que el sexo fuera de la relación y el aborto en sí son acciones contrarias a la biología de la mujer. El cuerpo femenino está bellamente diseñado para crear y nutrir una vida humana, realizando una función vital sin la cual la especie humana no podrá continuar.

El cuerpo de una mujer también está hormonalmente predispuesto a vincularse con el con quien tiene relaciones sexuales. Las feromonas y el estrógeno se atraen entre sí. La oxitocina y la prolactina se liberan durante el acto sexual, lo que resulta en la formación de un vínculo intenso con su pareja.

La dopamina provoca una emoción placentera que hace que la pareja quiera repetir el acto sexual una y otra vez. Esto influye en que la pareja permanezca unida y se preocupe por los hijos que resulten de su unión. Negar esta biología y alentar a los participantes a disfrutar del acto como entretenimiento fuera de una relación, causa daño de muchas maneras.

Si existía la esperanza de que el aborto disponible reduciría las tasas de divorcio al evitar las "bodas escopetas" de parejas que no se adaptaban al matrimonio, entonces vemos que el aborto no se cumplió como se prometió. La tasa de divorcios se duplicó poco después de la legalización del aborto, de 2,5 / 1000 personas en 1970 a 5/1000 en 1980.

La tasa de divorcios finalmente está comenzando a mejorar (ahora es alrededor de 3/1000), pero por una razón deprimente. Muchos jóvenes optan por no casarse. Las tasas de matrimonio han caído de 12/1000 en 1970 a 7/1000 en 2010. Mientras tanto, la 'convivencia' ha aumentado de 500.000 a 8 millones. Las parejas que eligen criar a sus hijos sin el vínculo del matrimonio tienen más probabilidades de separarse, y si finalmente se casan, sus tasas de divorcio son un 33 por ciento más altas.

Aunque podría esperarse que el aborto reduzca el número de nacimientos ilegítimos, en realidad hemos visto lo contrario. El número de nacimientos de mujeres solteras ha aumentado del 10.7% en 1970, al 28% en 1990, al 40% en 2014.

Sabemos que un niño criado por un padre soltero sufre desventajas económicas y psicológicas a corto y largo plazo. Las familias encabezadas por madres solteras tienen una tasa de pobreza cinco veces mayor que la de las parejas casadas. El porcentaje de niños que ahora viven con un padre soltero ha aumentado en todas las categorías demográficas.

La tasa de niños negros ha aumentado del 35% en 1970 al 54% en 2014, los niños hispanos del 18 al 29%, los niños blancos del 10 al 19% y los niños asiáticos del 10 al 13%. Por lo tanto, el número de niños vivir en la pobreza ha aumentado del 15.1% en 1970 al 21% en 2014.

**En general, hemos visto un aumento en el número de embarazos no deseados desde que se legalizó el aborto, y esto ha sido particularmente sorprendente en la población adolescente.**

El número de embarazos en la adolescencia aumentó a más del doble, del 4.9% en 1972 al 9.92% en 1990. El aborto aumentó del 2 por ciento de las adolescentes en 1972 al 4,4% en 1990, mientras que el número de nacimientos en la adolescencia aumentó del 2.3 al 4.2%.

Afortunadamente, hemos visto una tendencia a la baja desde entonces, aunque EE. UU. Todavía tiene algunas de las tasas de embarazo adolescente más altas del mundo desarrollado. Desafortunadamente, también hemos visto a **más mujeres depender del aborto como una forma de control de la natalidad.**

**La tasa de repetición de abortos se ha triplicado del 15 al 43%,** y la mitad de las mujeres que se presentan para un aborto informa que no estaban usando ningún método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas.

También hemos visto un **aumento de la violencia doméstica contra las mujeres**. Se estima que tres mujeres son asesinadas todos los días en nuestro país por sus parejas actuales o anteriores, y que una de cada cuatro mujeres será víctima de violencia doméstica en su vida.

**Se suponía que evitar el nacimiento de niños no deseados disminuiría el abuso infantil.** Sin embargo, el número de casos reportados de abuso infantil ha aumentado enormemente, de 167,000 en 1973 a más de 3 millones en la actualidad.

La culpa, la baja autoestima y la falta de apoyo social son atributos comunes en las mujeres que han tenido abortos y también están comúnmente asociado con el abuso infantil. Los niños que sufren violencia doméstica pueden volverse violentos ellos mismos. La tasa de arrestos por delitos violentos de menores se ha duplicado, de 215,9 arrestos por cada 100.000 personas en 1970 a 430,6 arrestos por cada 100.000 personas en 1990.

El infanticidio debería haber dejado de existir, ya que las mujeres ahora podían deshacerse de los bebés no deseados antes del nacimiento. Sin embargo, las tasas de infanticidio han aumentado de 4,3 / 100.000 en 1970 a 7,2 / 100.000 en 2013.

Los últimos 45 años han dado lugar a tasas de mortalidad infantil más bajas por casi todas las causas, excepto una. **El homicidio fue la única causa principal de muerte infantil que aumentó en ese período**, y nuestro país ocupa el séptimo lugar en el mundo en homicidio infantil. ¿Es posible que nuestro menor respeto y protección por un niño en el útero haya llevado a devaluar la vida de nuestros hijos nacidos también?

Hay muchos hombres que se benefician de un fácil acceso al aborto. Un aborto es la obvia manera de evitar la detección de un **encuentro sexual ilícito**, ya sea una relación

extramatrimonial, las consecuencias de un **desequilibrio de poder** o de **edad**, **incesto** o **tráfico sexual**.

Una mujer o una menor que se somete a un aborto en esta situación, sin ninguna otra intervención de servicio social, se ha hecho un deservicio. La suposición de que los jóvenes adolescentes pueden y deben ser sexualmente activos puede prevenir el descubrimiento del incesto y el abuso.

**El aborto permite que los delitos sexuales se encubran más fácilmente, lo que puede llevar al perpetrador a escapar de las consecuencias de su delito.**

El especialista en ética Daniel Callahan resumió la respuesta de los hombres al aborto de fácil acceso de manera sucinta:

> "*Si el aborto legal les ha dado a las mujeres más opciones, también les ha dado más opciones a los hombres. Ahora tienen una nueva y potente arma en el antiguo negocio de manipular y abandonar a las mujeres*".

Parece que muchos abortos no son "elegidos" libremente. A menudo, la decisión de terminar está influenciada por el abandono de la pareja, la presión familiar o la coacción absoluta. En una encuesta reciente de mujeres postaborto, el 58% dijo que se había hecho el aborto para "hacer felices a los demás", y más del 28% dijo que se había hecho el aborto porque "temían que su pareja las dejaría" si no lo hacían.

Quizás lo más desgarrador es que el 66% de las mujeres "dijeron que sabían en su corazón que estaban cometiendo un error cuando se sometieron al aborto".

Lamentablemente, el asesinato de mujeres embarazadas se ha vuelto cada vez más común. Podemos comprender esto cuando consideramos la posible reacción de un hombre violento y narcisista ante un embarazo no deseado. Si una mujer no quiere tener un bebé, tiene la opción de abortar. Si un hombre no quiere un bebé, no puede hacer nada al respecto. Está "atascado" con el niño, la manutención del niño y la mujer, posiblemente por el resto de su vida. Puede llegar a la conclusión de que si ella desaparece, el problema desaparece. **El homicidio es la principal causa de muerte en mujeres embarazadas.**

Estas consecuencias del aborto afectan de manera desproporcionada a los grupos minoritarios. Hay mucho discurso en nuestro país hoy sobre las razones por las que muchos jóvenes negros están sufriendo.

Está más allá del alcance de esta discusión comentar las muchas razones posibles para esto, pero veamos algunos hechos demográficos relevantes.

En 1960, solo el 22% de los niños negros se criaron en **familias monoparentales**. Después de la expansión de los programas de asistencia social, aumentó al 37% en 1970. Hoy, más del 70% de los niños negros son criados por un solo padre, generalmente la madre. Aunque el 37 por ciento de las familias negras encabezadas por una mujer soltera viven en la **pobreza**, solo el 8% encabezadas por una pareja casada lo hace. **Un factor significativo que ha ocurrido en el período de tiempo en lo que hemos visto la disolución de la familia negra es la legalización generalizada y la disponibilidad del aborto.**

Las mujeres negras están sobrerrepresentadas en mujeres que tienen abortos. Aunque representan solo el 12% de la población, obtienen el 37% de los abortos en el país.

**La mitad de todos los embarazos que conciben las mujeres negras son abortados.** Las mujeres negras también tienen más probabilidades de tener un aborto tardío. El riesgo para una mujer negra continúa más allá del embarazo actual. Las mujeres negras tienen más probabilidades de tener bebés prematuros, desarrollar cáncer de mama y experimentar mortalidad durante el embarazo, todo lo cual se ha relacionado con antecedentes de aborto.

Los mismos grupos que se oponen ruidosamente a la regulación gubernamental del aborto suelen insistir en que el gobierno patrocine programas sociales para mejorar el bienestar de los grupos discutidos anteriormente: minorías, personas en situación de pobreza y familias divididas.

¿Sería posible considerar que el gran experimento del aborto a demanda en nuestro país ha empeorado las condiciones de estos desafortunados estadounidenses y apoyar la marcha atrás de esta política por el bien de las mujeres y de nuestro país.

Para terminar, aquí hay algunos pensamientos elocuentes de dos mujeres que valientemente han analizado profundamente el tema del aborto.

Frederic Mathewes-Green, una feminista pro-vida ha declarado:

> *"Porque la pregunta sigue siendo, ¿las mujeres quieren el aborto? No es como si quisiera un Porsche o un helado. Como un animal atrapado en una trampa, tratando de roer su propia pierna, una mujer que busca el aborto está tratando de escapar de una situación desesperada mediante un acto de violencia y pérdida de sí misma. El aborto no es una señal de que las mujeres sean libres, sino una señal de que están desesperadas".*

Del mismo modo, la defensora del derecho a decidir Naomi Wolf ha estado dispuesta a analizar algunas de las complejidades que ha creado el aborto legal. Aquí hay un resumen de algunas de sus declaraciones más convincentes (pero considere dedicar tiempo para leer su ensayo completo).

Ella critica a las feministas pro-elección por "negarse a considerar el aborto dentro de un marco moral ... Estamos en peligro de perder lo que solo se puede llamar nuestras almas ... Nos arriesgamos a convertirnos precisamente en lo que nuestros críticos nos acusan de ser: hombres y mujeres insensibles, egoístas y casualmente destructivos que comparten una visión degradada de la vida humana ... Algunas feministas desarrollaron una retórica que definía al feto no deseado como sin valor en el mejor de los casos: en el peor, un adversario, una "masa de protoplasma dependiente". Sin embargo, eso nos ha dejado un amargo legado. Porque cuando defendemos el derecho al aborto vaciando el acto de la gravedad moral, nos encontramos cultivando una dureza de corazón ... Si cultivamos con avidez el amor por los que traemos a término, y 'superamos' nuestro amor por los que no amamos. ¿No corremos el riesgo de desarrollar una visión hidropónica de los bebés y convertirlos en un producto que podamos cultivar para nuestra conveniencia? ... ¿Cómo acusamos que es vil y repulsivo para los pro-vida blandir imágenes viles y repulsivas, si las imágenes son reales**? Insistir en que la verdad es de mal gusto es el colmo de la hipocresía...**

## Referencias bibliográficas mito 10


1. Anna Higgins, "Cornelia Pillard is unfit for the D.C. Circuit Court," The Hill, November 6, 2013, accessed December 4, 2018, http://thehill.com/blogs/congress-blog/judicial/189326-cornelia-pillard-is-unfit-for-the-dc-circuit-court
2. "Laws and Women's Rights," ThoughtCo.com, accessed December 4, 2018, https://www.thoughtco.com/laws-and-womens-rights-4133254
3. "STDs in Adolescents and Young Adults," Centers for Disease Control and Prevention, accessed December 4, 2018, https://www.cdc.gov/std/stats16/adolescents.htm
4. Susan Shapiro Barash, "Why So Many Women Yearn to Be Wives," HuffPost, Novem- ber 14, 2012, accessed December 4, 2018, https://www.huffingtonpost.com/susan-shap-iro-barash/women-want-to-get-married-be-wives_b_2110246.html
5. Frank Newport and Joy Wilke, "Most in U.S. Want Marriage, but Its Importance Has Dropped," Gallup, August 2, 2013, accessed December 4, 2018, http://news.gallup.com/poll/163802/marriage-importance-dropped.aspx
6. Theresa Burke, Forbidden Grief: The Unspoken Pain of Abortion (Acorn Books, 2002).
7. W. Barnett, et al., "Partnership After Induced Abortion: A Prospective Controlled Study," Archives of Sexual Behavior 21 (1992): 443, accessed December 4, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1417474
8. http://www.feministsforlife.org/abortion-womens-rights-and-wrongs/
9. Joe S. McIlhaney, Freda McKissic Bush and Stan Guthrie, Girls Uncovered: New Research on What America's Sexual Culture Does to Young Women (Chicago: Northfield Publishing, 2012).
10. Ana Swanson, "144 years of marriage and divorce in the United States, in one chart," The Washington Post, June 23, 2015, accessed December 4, 2018, https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/06/23/144-years-of-marriage-and-divorce-in-the-united- states-in-one-chart/?utm_term=.58f1a8228a44
11. Arielle Kuperberg, "Does Premarital Cohabitation Raise Your Risk of Divorce?" Council on Contemporary Families, March 10, 2014, accessed December 4, 2018, https://contemporaryfamilies.org/cohabitation-divorce-brief-report/
12. "Births to Unmarried Women," Child Trends, accessed December 4, 2018, https://www.childtrends.org/indicators/births-to-unmarried-women/
13. V.M. Rue, et al., "Induced Abortion and Traumatic Stress: A Preliminary Comparison of American and Russian Women," Medical Science Monitor 10 (2004): SR5-16, accessed December 4, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15448616
14. "More than half of black children now live with a single parent," Pew Research Center, June 21, 2016, accessed December 4, 2018, http://www.pewsocialtrends.org/2016/06/27/1-demographic-trends-and-economic-well-being/st_2016-06-27_ race-inequality-ch1-09/.
15. William J. Bennett, The Index of Leading Cultural Indicators (Empower America, The Her- itage Foundation, and Free Congress Foundation, 1993), 6.

16. "US teenage birth rates fall again but still among highest in developed world,"The Guardian, September 28, 2016, accessed December 4, 2018, https://www.theguardian.com/us-news/2016/sep/28/us-teenage-birth-rates-fall-again.
17. M. Tornbom et.al., "Repeat Abortion: A Comparative Study," Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 17 (1996): 208-214.
18. Richard Stith, "Her Choice, Her Problem: How Having a Choice Can Diminish Family Solidarity," International Journal of the Jurisprudence of the Family 2 (2011):, accessed Dec 2018, https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1214&context=law_fac_pubs
19. Alanna Vagianos, "30 Shocking Domestic Violence Statistics That Remind Us It's an Epidemic," HuffPost, December 6, 2017, accessed December 4, 2018, https://www.huff-ingtonpost.com/2014/10/23/domestic-violence-statistics_n_5959776.html.
20. "Child Abuse Statistics & Facts," Childhelp, accessed December 4, 2018, https://www.childhelp.org/child-abuse-statistics/.
21. Philip Ney, "Relationship between Abortion and Child Abuse," The Canadian Journal of Psychiatry 24 (1979): 610-620, accessed December 4, 2018, http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674377902400705.
22. "Infant Homicide," Child Trends, accessed December 4, 2018, https://www.childtrends.org/indicators/infant-homicide/
23. "Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children," UNICEF, September 2014, accessed December 5, 2018, https://www.unicef.org/publications/in- dex_74865.html.
24. D. Callahan, "An Ethical Challenge to Prochoice Advocates: Abortion and the Pluralis- tic Proposition," Commonweal 117 (1990): 681-687, accessed December 5, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11659386.
25. Priscilla K. Coleman, et al., "Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qual- itative Synthesis of Their Experiences," Journal of American Physicians and Surgeons 22:4 (2017), accessed December 5, 2018, http://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf.
26. Jeff Levine, "No. 1 Cause of Death in Pregnant Women: Murder," WebMD, March 20, 2001, accessed December 5, 2018, https://www.webmd.com/baby/news/20010320/num- ber-1-cause-of-death-in-pregnant-women-murder.
27. "Poverty in Black America," Black Demographics, accessed December 5, 2018, http://blackdemographics.com/households/poverty/.
28. "Statistics," Bound4LIFE, accessed December 5, 2018, https://www.bound4life.com/sta- tistics/.
29. "Induced Abortion and Pre-Term Birth," American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, accessed December 5, 2018, https://aaplog.org/get-involved/ref-erences/induced-abortion-and-pre-term-birth/ ; "Induced Abortion and Breast Cancer," American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, accessed December 5, 2018, https://aaplog.org/get-involved/references/induced-abortion-and-breast-cancer/

30. "Induced Abortion and Maternal Mortality," American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, accessed December 5, 2018, https://aaplog.org/induced-abor-tion-and-maternal-mortality/ ;
31. "Abortion rates by race and ethnicity," Guttmacher Institute, October 19, 2017, accessed December 5, 2018; https://www.guttmacher.org/infographic/2017/abortion-rates-race-and-ethnicity
32. Frederica Mathewes-Green, "Abortion: Women's Rights and Wrongs," Frederica.com, January 20, 1992, accessed December 5, 2018, http://frederica.com/writings/abortion-womens-rights-and-wrongs.html
33. Naomi Wolf, "Our Bodies, Our Souls: Rethinking pro-choice rhetoric," The New Republic, October 16, 1995, accessed December 5, 2018, https://lib.tcu.edu/staff/bellinger/abortion/Wolf-our-bodies.pdf